



École de l'Anse-au-Sable
675 Chemin Lequime
Kelowna, C.-B. V1W 1A3
250-764-2771 anseausable.csf.bc.ca
Formulaire d'inscription de l'élève
2024-2025

Alerte

P E N #

MATERNELLE : Votre enfant doit être âgé de 5 ans au 31/12/24. SVP soumettre original du certificat de naissance, ainsi que le carnet de santé.

Renseignements personnels de l'élève

Prénom: _____ Autre(s) prénom(s) : _____ Nom : _____

Sexe : M F Date de naissance : _____ Mois/jour/année Lieu de naissance : _____

Niveau scolaire _____

Nom et adresse de la dernière école fréquentée : _____

EST-CE QUE VOTRE ENFANT A REÇU LES SERVICES SUIVANTS :

éducation spécialisée (PAP) orthopédagogie ergothérapie
 comportement (PAP) orthophonie douance

Renseignements démographiques

Adresse : _____

Code postal : _____ Numéro de téléphone : _____

Adresse électronique : _____

L'enfant vit avec : mère père tuteur autre _____ (S.V.P. précisez)

Renseignements sur le français

Langue parlée à la maison : français anglais autre _____ (SVP précisez)

	Nom	Comprend le français	Parle le français	Lit le français	Écrit le français
Mère/tuteur		oui / non	oui / non	oui / non	oui / non
Père/tuteur		oui / non	oui / non	oui / non	oui / non

Antécédents autochtones

Si vous avez un ancêtre autochtone ou métis, veuillez cocher une des boîtes ci-dessus. Cette déclaration permet de recevoir plus de ressources pour appuyer l'apprentissage de votre enfant.

Origine autochtone : Oui / Non Statut _____ Non statut _____

Numéro d'appartenance : _____

Urgences

(Veuillez lister le nom et les numéros de téléphones des personnes à contacter en cas d'urgence)

	# de téléphone à la maison	# de téléphone au travail	# du cellulaire
Mère :			
Père :			
Autre personne :			
Nom :			

Transport

Mon enfant voyagera par autobus scolaire : Oui _____ Non _____ Autre _____

Information médicale de l'enfant (confidentielle)

de carte d'assurance maladie _____

- ALLERGIES/CONDITION MÉDICALE : Oui _____ Non _____

Si oui, s.v.p. veuillez spécifier : _____

Besoin de traitement : Oui _____ Non _____ Précisez _____

Au besoin d'administrer un médicament vous devez compléter un formulaire.

- PROBLÈME D'OUÏE: Oui _____ Non _____ Appareil auditif : Oui _____ Non _____

Nature du problème : _____

Autres informations pertinentes à communiquer à l'enseignant.e de votre enfant : _____

Votre enfant est-il (elle) capable de participer pleinement au programme d'éducation physique? Oui _____ Non _____

Si non, veuillez fournir une note d'exemption du médecin de famille car l'éducation physique est un cours obligatoire jusqu'en 10^e année.

Note fournie: Oui _____ Non _____

Date: _____ Signature du parent-tuteur _____

Où avez-vous entendu parler de notre école ? _____

L'information contenue dans ce formulaire est conforme aux exigences de l'Acte scolaire de la Colombie-Britannique pour fins de rapports divers (inscription, budget, immobilisation, statistiques, analyses opérationnelles) pour le district et le ministère de l'Éducation. Ces informations sont confidentielles conformément à FOIPPA (Freedom of Information and Protection of Privacy Act).