



ÉCOLE :

ANNÉE SCOLAIRE :

Date d'inscription (mois/jour/année) :

École fréquentée l'an dernier (s'il s'agit d'une autre école) :

RENSEIGNEMENTS SUR LE PROGRAMME [Ne choisissez qu'une des options suivantes.]

Programme de prématernelle

Français langue maternelle

Fin d'études secondaires O₂

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

NOM (tel qu'il apparaît sur le certificat de naissance, le passeport, les documents d'immigration, le certificat de changement de nom officiel, ou les documents d'adoption)

Nom de famille :

Prénom :

Autres prénoms :

Nom utilisé de préférence (nom utilisé pour s'adresser à votre enfant et apparaissant dans les documents de l'école) :

Date de naissance : mois _____ jour _____ année _____

Preuve de l'identité (à présenter au bureau) :

Documents d'adoption

Certificat de naissance

Documents d'immigration

Passeport

Sexe : F (féminin) M (masculin) X (non binaire ou autre identité de genre)

N° PSM (à faire remplir par le bureau) :

Niveau scolaire :

Adresse municipale (numéro/appartement, rue, localité, province et code postal) :

Adresse postale (si elle est différente de l'adresse municipale) (numéro/appartement, rue, localité, province et code postal) :

Téléphone à domicile :

Téléphone portable de l'élève :

Langue comprise : français anglais

Langue le plus souvent parlée à la maison :

arabe

anglais

français

mi'kmaw

gaélique

autre – préciser _____

RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS/TUTEURS

PARENT/TUTEUR 1

Nom de famille, prénom :

Lien de parenté :

Adresse municipale (si elle est différente de celle de l'élève)

Adresse municipale (n°/appartement, rue, localité, province et code postal) :

Téléphone à domicile :

Téléphone au travail :

Téléphone portable :

Adresse de courriel :

Langue comprise : français anglais

Langue le plus souvent parlée à la maison :

arabe

anglais

français

mi'kmaw

gaélique

autre – préciser _____

PARENT/TUTEUR 2

Nom de famille, prénom :

Lien de parenté :

Adresse municipale (n°/appartement, rue, localité, province et code postal) :

Téléphone à domicile :

Téléphone au travail :

Téléphone portable :

Adresse de courriel :

Langue comprise : français anglais

Langue le plus souvent parlée à la maison :

arabe

anglais

français

mi'kmaw

gaélique

autre – préciser _____

AUTRES PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Personne n° 1	Personne n° 2	Personne n° 3
Nom de famille, prénom :	Nom de famille, prénom :	Nom de famille, prénom :
Lien de parenté :	Lien de parenté :	Lien de parenté :
Téléphone à domicile :	Téléphone à domicile :	Téléphone à domicile :
Téléphone au travail :	Téléphone au travail :	Téléphone au travail :
Téléphone portable :	Téléphone portable :	Téléphone portable :
Langue(s) comprise(s) : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais	Langue(s) comprise(s) : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais	Langue(s) comprise(s) : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais
Langue le plus souvent parlée à la maison : <input type="checkbox"/> arabe <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> mi'kmaw <input type="checkbox"/> gaélique <input type="checkbox"/> autre – préciser _____	Langue le plus souvent parlée à la maison : <input type="checkbox"/> arabe <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> mi'kmaw <input type="checkbox"/> gaélique <input type="checkbox"/> autre – préciser _____	Langue le plus souvent parlée à la maison : <input type="checkbox"/> arabe <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> mi'kmaw <input type="checkbox"/> gaélique <input type="checkbox"/> autre – préciser _____

ARRANGEMENTS DE GARDE [À REMPLIR TOUS LES ANS; fournir les documents appropriés]

Y a-t-il des arrangements de garde spéciaux dont il faut tenir compte pour cet élève à l'école? Oui Non

Description/Détails (fournir toute instruction spéciale) :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX [À REMPLIR TOUS LES ANS]

Nom du médecin :	Téléphone du médecin :	N° de la carte de santé :	Date d'expiration de la carte de santé (mm/jj/aaaa) :
------------------	------------------------	---------------------------	---

N° MedicAlert (s'il y a lieu):

Besoins médicaux / diagnostic médical

Si **OUI***, veuillez cocher le ou les problèmes concernés dans la liste ci-dessous :

Veillez noter que, si vous cochez l'une des cases ci-dessous, il vous faudra participer à des réunions supplémentaires ou à la préparation de documents (plan de soins médicaux, formulaires pour l'administration de médicaments, etc.).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> anaphylaxie / allergie(s) mortelle(s) | <input type="checkbox"/> cathétérisme |
| <input type="checkbox"/> asthme | <input type="checkbox"/> diabète |
| <input type="checkbox"/> crises d'épilepsie | <input type="checkbox"/> alimentation par sonde |
| <input type="checkbox"/> administration de médicaments sous ordonnance nécessaire pendant la journée d'école | |
| <input type="checkbox"/> maladie mentale ayant fait l'objet d'un diagnostic | |
| <input type="checkbox"/> autre – préciser : | |

FRÈRES ET SŒURS

Veillez indiquer tous les enfants de votre famille qui sont scolarisés. Si vous avez besoin d'espace supplémentaire, joignez une page.

Nom de famille, prénom :	Niveau scolaire	École

TRANSPORTS [à faire remplir par les parents, s'ils le savent, ou par le bureau de l'école]

Besoin de transport pour élève ayant des besoins spéciaux? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Autobus scolaire	<input type="checkbox"/> Passe pour les transports en commun <input type="checkbox"/> Déplacements à pied
Trajet du matin :	Trajet de l'après-midi :
Arrêt d'autobus le matin :	Arrêt d'autobus l'après-midi :
Chauffeur du d'autobus :	Chauffeur d'autobus :
Admissibilité :	Type d'autobus :
<input type="checkbox"/> Admissible <input type="checkbox"/> Permission de l'administration <input type="checkbox"/> Non admissible	<input type="checkbox"/> Autobus scolaire <input type="checkbox"/> Passe pour les transports en commun
Raison de la permission spéciale de l'administration :	

AUTRES LIEUX POUR LE TRANSPORT PAR AUTOBUS [à faire remplir par le bureau]

Dans des circonstances particulières, certains enfants peuvent exiger qu'on les ramasse à un autre endroit ou qu'on les dépose à un autre endroit, pour se rendre dans un endroit autre que leur domicile. L'école s'efforcera de répondre à ces exigences dans la mesure du raisonnable.

<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Après-midi	<input type="checkbox"/> Les deux
Rue :	Communauté ou ville, province et code postal :	
Personne-contact (Nom de famille, Prénom) :	Téléphone de la personne-contact :	

INSTRUCTIONS EN CAS DE FERMETURE ANTICIPÉE NON PRÉVUE

Si l'école devait fermer ses portes de façon anticipée, veuillez indiquer quelles dispositions vous voulez pour votre enfant.

RENSEIGNEMENTS POUR LES ÉLÈVES INTERNATIONAUX/IMMIGRANTS

Veuillez choisir l'une des options suivantes (étant entendu que vous devrez présenter les documents confirmant le statut de l'élève et la preuve de couverture d'assurance-maladie au moment de l'inscription) :

Participant au programme d'élèves internationaux de la Nouvelle-Écosse (PEINE)	
<input type="checkbox"/> période de moins de trois mois	
<input type="checkbox"/> période de trois mois ou plus	
Élève payant des frais (à l'exclusion des élèves accueillis dans le cadre d'un échange et des élèves du PEINE)	
<input type="checkbox"/> détient un permis d'études valable jusqu'au _____ (mois) _____ (jour) _____ (année)	
<input type="checkbox"/> fait des études de moins de six mois sans permis	
<input type="checkbox"/> Participant à un échange d'élèves (dans le cadre d'un programme approuvé d'échange d'élèves)	
<input type="checkbox"/> Élève en résidence permanente	
Élève qui est un enfant à charge d'un résident temporaire	
<input type="checkbox"/> Le parent détient un permis de travail valable jusqu'au _____ (mois) _____ (jour) _____ (année)	
<input type="checkbox"/> Le parent détient un permis d'études valable jusqu'au _____ (mois) _____ (jour) _____ (année)	
<input type="checkbox"/> Demandeur d'asile	
Citoyenneté :	Assurance-maladie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

IDENTIFICATION [Cette section est facultative.]

On encourage les parents/tuteurs et les élèves à s'identifier comme faisant partie d'un groupe particulier. Cela permet au ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance, aux centres régionaux pour l'éducation et au CSAP de prendre davantage conscience de la diversité de la population d'élèves et des communautés et de mieux répondre aux besoins des élèves sur le plan éducatif.

AUTOCHTONES – Pour le présent formulaire, on considère que les Autochtones sont les personnes qui se considèrent comme faisant partie d'une des Premières Nations des Mi'kmaq ou autres, d'une communauté métisse ou d'une communauté inuite.

OUI, l'élève est d'ascendance autochtone. **NON**, l'élève n'est pas d'ascendance autochtone.

Si **OUI**, de quel groupe faites-vous partie?

Mi'kmaq ou autre Première Nation Métis Inuits

ORIGINES

Veillez indiquer l'origine dans laquelle l'élève se reconnaît le mieux. Sélectionnez toutes les réponses pertinentes.

d'origine acadienne d'origine africaine (noir) d'origine asiatique d'origine est-asiatique
 d'origine européenne d'origine moyenne-orientale Ne figure pas dans la liste ci-dessus – Préciser _____

ADMISSIBILITÉ AUX PROGRAMMES D'ÉDUCATION EN FRANÇAIS LANGUE MATERNELLE

Cette section ne s'adresse qu'aux parents qui inscrivent leur enfant dans une école en dehors du CSAP.

L'une des façons d'accéder aux programmes d'éducation en français langue maternelle est de répondre aux exigences de l'article 23 de la **Charte canadienne des droits et libertés** en tant que parent ayant droit. Selon la loi sur l'éducation de la Nouvelle-Écosse, les enfants d'un **parent ayant droit** ont droit à l'offre d'un programme en français langue maternelle.

Les *parents ayants droit* sont les parents qui sont citoyens canadiens et

- i. soit dont la première langue apprise et encore comprise
- ii. soit ont reçu leur instruction au niveau primaire au Canada dans un programme en français langue maternelle
- iii. soit dont un enfant a reçu ou reçoit son instruction au primaire ou au secondaire au Canada dans un programme en français langue maternelle.

Est-ce que vous répondez, en tant que parent, à au moins un des critères ci-dessus? Oui Non Je ne sais pas

Note : L'éducation en français langue maternelle n'est pas un programme d'immersion française.

Nous attirons votre attention sur le fait que les enfants de votre fils ou votre fille risquent de perdre leur droit à une éducation en français langue maternelle si votre fils ou votre fille ne fréquente pas lui-même ou elle-même une école en français langue maternelle.

En Nouvelle-Écosse, seul le conseil scolaire francophone de la province, c'est-à-dire le Conseil scolaire acadien provincial (CSAP), offre une éducation en français langue maternelle.

Si vous avez la moindre question concernant l'éducation en français langue maternelle ou les critères permettant de déterminer si vous êtes un parent ayant droit ou non, des représentants du CSAP sont à votre disposition.

Est-ce que vous souhaitez que nous transmettions votre nom, votre numéro de téléphone à domicile et votre adresse de courriel au CSAP pour qu'un représentant du conseil scolaire communique avec vous afin de vous fournir de plus amples renseignements sur l'éducation en français langue maternelle? Oui Non

Vous pouvez aussi communiquer avec le CSAP au 902 471-0082, au 902 769-5458, au 1 888 533-2727, à l'adresse info@csap.ca ou en visitant le site Web du CSAP à www.csap.ca.

Je certifie / nous certifions que toutes les informations fournies dans ce formulaire sont correctes.

X _____

Signature du parent/tuteur

Date