 ÉCOLE : Cliquez ici pour entrer du texte.

|  |
| --- |
| Date d’inscription (mois/jour/année) : Cliquez ici pour entrer du texte. |
| École fréquentée l’an dernier (s’il s’agit d’une autre école) :Cliquez ici pour entrer du texte. |

**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 apparait 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) | | | |
| No PSM *(à faire remplir par le bureau)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Niveau scolaire : \_ | |
| Adresse municipale (numéro/appartement, rue, localité, province et code postal) :  Cliquez ici pour entrer du texte. | | | |
| Adresse postale *(si elle est différente de l’adresse municipale)* (numéro/appartement, rue, localité, province et code postal) :  Cliquez ici pour entrer du texte. | | | |
| Téléphone à domicile : Cliquez ici pour entrer du texte. | | Téléphone portable de l’élève :Cliquez ici pour entrer du texte. | |
| Langue comprise :  français  anglais | | Langue le plus souvent parlée à la maison :  arabe  anglais  français  mi’kmaw  gaélique  autre – préciser Cliquez ici pour entrer du texte. | |

**RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS/TUTEURS**

|  |  |
| --- | --- |
| **PARENT/TUTEUR 1** | **PARENT/TUTEUR 2** |
| Nom de famille, prénom :Cliquez ici pour entrer du texte. | Nom de famille, prénom :Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Lien de parenté :Cliquez ici pour entrer du texte. | Lien de parenté :Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **Adresse municipale** *(si elle est différente de celle de l’élève)* | |
| Adresse municipale (no/appartement, rue, localité, province et code postal) :  Cliquez ici pour entrer du texte. | Adresse municipale (no/appartement, rue, localité, province et code postal) :  Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Téléphone à domicile :Cliquez ici pour entrer du texte. | Téléphone à domicile :Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Téléphone au travail :Cliquez ici pour entrer du texte. | Téléphone au travail :Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Téléphone portable :Cliquez ici pour entrer du texte. | Téléphone portable :Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Adresse de courriel :Cliquez ici pour entrer du texte. | Adresse de courriel :Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Langue comprise :  français  anglais | Langue comprise :  français  anglais |
| Langue le plus souvent parlée à la maison :  arabe  anglais  français  mi’kmaw  gaélique  autre – préciser Cliquez ici pour entrer du texte. | Langue le plus souvent parlée à la maison :  arabe  anglais  français  mi’kmaw  gaélique  autre – préciser Cliquez ici pour entrer du texte. |

**Technologie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L’élève a-t-il accès à Internet à la maison? | Oui | Non |
| Est-ce que l’accès à Internet à la maison est un accès à haut débit? | Oui | Non |
| Est-ce que l’élève a accès à un appareil connecté au réseau Internet? | Oui | Non |
| Type d’appareil connecté au réseau Internet (cocher toutes les cases qui s’appliquent) :  Téléphone ou tablette Ordinateur de bureau ou ordinateur portatif Autre | | |

**Autres PERSONNES À CONTACTER EN CAS D’URGENCE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personne n****o 1** | **Personne no 2** | **Personne no 3** |
| Nom de famille, prénom :  Cliquez ici pour entrer du texte. | Nom de famille, prénom :  Cliquez ici pour entrer du texte. | Nom de famille, prénom :  Cliquez ici pour entrer du texte. |
| 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) :  français  anglais | Langue(s) comprise(s) :  français  anglais | Langue(s) comprise(s) :  français  anglais |
| Langue le plus souvent parlée à la maison :  arabe  anglais  français  mi’kmaw  gaélique   autre – préciser \_ | Langue le plus souvent parlée à la maison :  arabe  anglais  français  mi’kmaw  gaélique   autre – préciser \_ | Langue le plus souvent parlée à la maison :  arabe  anglais  français  mi’kmaw  gaélique   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? OuiNon |
| Description/Détails *(fournir toute instruction spéciale)*:  Cliquez ici pour entrer du texte. |

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX** *[à remplir tous les ans]*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom du médecin :  Cliquez ici pour entrer du texte. | Téléphone du médecin :  Cliquez ici pour entrer du texte. | N˚ de la carte de santé :  Cliquez ici pour entrer du texte. | Date d’expiration de la carte de santé (mm/jj/aaaa) :  Cliquez ici pour entrer du texte. |
| No MedicAlert *(s’il y a lieu)*:Cliquez ici pour entrer du texte. | | | |
| Besoins médicaux / diagnostic médical  Si **OUI\***, veuillez cocher le ou les problèmes concernés dans la liste ci-dessous :  *Veuillez 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.).*  anaphylaxie / allergie(s) mortelle(s)  cathétérisme  asthme  diabète  crises d’épilepsie  alimentation par sonde  administration de médicaments sous ordonnance nécessaire pendant la journée d’école  maladie mentale ayant fait l’objet d’un diagnostic  autre – préciser : Cliquez ici pour entrer du texte. | | | |

**FRÈRES ET SŒURS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Veuillez 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** |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | **\_** | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | **\_** | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | **\_** | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | **\_** | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | **\_** | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | **\_** | Cliquez ici pour entrer du texte. |

**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?OuiNon | | |
| Autobus scolaire Passe pour les transports en communDéplacements à pied | | |
| Trajet du matin :Cliquez ici pour entrer du texte. | | Trajet de l’après-midi :Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Arrêt de bus le matin :  Cliquez ici pour entrer du texte. | | Arrêt de bus l’après-midi :  Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Chauffeur du bus :Cliquez ici pour entrer du texte. | | Chauffeur du bus :Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Admissibilité :  Admissible  Permission de l’administration  Non admissible | | Type de bus :  Autobus scolaire  Passe pour les transports en commun |
| Raison de la permission spéciale de l’administration :Cliquez ici pour entrer du texte. | | |
| **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. | | |
| MatinAprès-midiLes deux | | |
| Rue :  Cliquez ici pour entrer du texte. | Communauté ou ville, province et code postal :  Cliquez ici pour entrer du texte. | |
| Personne-contact (Nom de famille, Prénom) :  Cliquez ici pour entrer du texte. | Téléphone de la personne-contact :  Cliquez ici pour entrer du texte. | |
| **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. | | |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | | |

**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)**  période de moins de trois mois  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)*  détient un permis d’études valable jusqu’au \_\_\_\_\_ (mois) \_\_\_\_\_ (jour) \_\_\_\_\_ (année)  fait des études de moins de six mois sans permis  **Participant à un échange d’élèves** *(dans le cadre d’un programme approuvé d’échange d’élèves)*  **Élève en résidence permanente**  **Élève qui est un enfant à charge d’un résident temporaire**  Le parent détient un permis de travail valable jusqu’au \_\_\_\_\_ (mois) \_\_\_\_\_ (jour) \_\_\_\_\_ (année)  Le parent détient un permis d’études valable jusqu’au \_\_\_\_\_ (mois) \_\_\_\_\_ (jour) \_\_\_\_\_ (année)  **Demandeur d’asile** | |
| **Citoyenneté :** Cliquez ici pour entrer du texte. | **Assurance-maladie**: OuiNon |

**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** |
| Veuillez indiquer l’origine dans laquelle l’élève se reconnait 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  Cliquez ici pour entrer du texte. | | |

**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   1. soit dont la première langue apprise et encore comprise 2. soit ont reçu leur instruction au niveau primaire au Canada dans un programme en français langue maternelle 3. 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](mailto:info@csap.ca) ou en visitant le site Web du CSAP à [www.csap.ca](http://www.csap.ca). |

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

X \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature du parent/tuteur

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date