

Formulaire d'inscription et de réinscription 2021-2022

**DOSSIER
CONFIDENTIEL**

Complétez dans les espaces blancs (espaces grisés réservés à l'administration).

Identification de l'élève:

Nom de famille de l'élève <input style="width: 95%;" type="text"/>	Prénom de l'élève <input style="width: 95%;" type="text"/>	Sexe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Classe <input type="text"/>	Date de naissance <input style="width: 95%;" type="text"/>
Autres prénoms <input style="width: 95%;" type="text"/>	Lieu de naissance <input style="width: 95%;" type="text"/>	Résident(e): <input type="checkbox"/> Externe: <input type="checkbox"/>		
Code permanent <input style="width: 95%;" type="text"/>	Courriel de l'élève (obligatoire) <input style="width: 95%;" type="text"/>	Langue maternelle <input style="width: 95%;" type="text"/>		
Religion de l'élève <input style="width: 95%;" type="text"/>	Numéro d'assurance maladie (obligatoire) <input style="width: 95%;" type="text"/>	Date d'expiration <input style="width: 95%;" type="text"/>		

Identification de l'autorité parentale:

Code du répondant <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Définition du code: 1 - Le père et la mère sont responsables et habitent à la même adresse 2 - Le père est responsable (seulement le père reçoit la correspondance) 3 - La mère est responsable et utilise son nom de fille (seulement la mère reçoit la correspondance) 5 - Le tuteur est responsable 7 - L'élève demeure avec la mère à la 1re adresse et le père demeure à la 2e adresse (les deux parents reçoivent la correspondance) 8 - L'élève demeure avec le père à la 1re adresse et la mère demeure à la 2e adresse (les deux parents reçoivent la correspondance)	
Nom de famille du père <input style="width: 95%;" type="text"/>	Prénom du père <input style="width: 95%;" type="text"/>	Revenu familial (approximatif)
Nom de fille de la mère <input style="width: 95%;" type="text"/>	Prénom de la mère <input style="width: 95%;" type="text"/>	moins de 47,000\$ <input type="checkbox"/>
Nom de famille du répondant <input style="width: 95%;" type="text"/>	Prénom du répondant <input style="width: 95%;" type="text"/>	47,000\$ à 72,999\$ <input type="checkbox"/>
		73,000\$ à 93,999\$ <input type="checkbox"/>
		94,000\$ à 114,999\$ <input type="checkbox"/>
		115,000\$ à 169,999\$ <input type="checkbox"/>
		170,000\$ et plus <input type="checkbox"/>
		Pas de réponse <input type="checkbox"/>
		Parents de même sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Cochez s'il y a lieu M <input type="checkbox"/>

Première adresse (résidence de l'élève) :

Adresse complète (numéro civique, type de rue, appartement) <input style="width: 95%;" type="text"/>	Casier postal <input style="width: 95%;" type="text"/>	Même adresse que : la mère <input type="checkbox"/> le père <input type="checkbox"/> le tuteur <input type="checkbox"/>
Ville / Village <input style="width: 95%;" type="text"/>	Code postal <input style="width: 95%;" type="text"/>	Tél. cellulaire de l'élève <input style="width: 95%;" type="text"/>

Deuxième adresse (du deuxième correspondant s'il y a lieu) :

Adresse complète (numéro civique, type de rue, appartement) <input style="width: 95%;" type="text"/>	Casier postal <input style="width: 95%;" type="text"/>	Même adresse que : la mère <input type="checkbox"/> le père <input type="checkbox"/> le tuteur <input type="checkbox"/>
Ville / Village <input style="width: 95%;" type="text"/>	Code postal <input style="width: 95%;" type="text"/>	

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Selon les nouvelles exigences du ministère de l'Éducation, veuillez compléter les informations concernant le plus haut niveau de scolarité atteint en vous référant à la légende suivante :

- A - Études primaires ou moins
- B - Études secondaires ou l'équivalent, sans diplôme d'études secondaires
- C - Diplôme d'études secondaires ou l'équivalent
- D - Études collégiales non complétées
- E - Diplôme d'études collégiales préuniversitaires, baccalauréat français ou l'équivalent
- F - Diplôme d'études collégiales techniques ou l'équivalent
- G - Études universitaires sans diplôme, ni certificat
- H - Diplôme universitaire
- I - Autre

Le plus haut niveau de scolarité atteint par la mère : _____

Le plus haut niveau de scolarité atteint par le père : _____

Le plus haut niveau de scolarité atteint par le tuteur (s'il y a lieu) : _____

ÉTAT CIVIL DES PARENTS

- A = Autre
- D = Divorcés
- M = Mariés
- S = Séparés
- V = Veuf ou veuve

RÉPONDANT FINANCIER

N.A.S. (du répondant financier)

INFORMATIONS SUR LA MÈRE

Décédée

Pays de naissance (Province si au Canada)

Employeur

Téléphone au travail

Détail sur le lieu de naissance (ville)

Fonction

Téléphone cellulaire

Date de naissance

Courriel (obligatoire)

Téléphone à la maison

INFORMATIONS SUR LE PÈRE

Décédé

Pays de naissance (Province si au Canada)

Employeur

Téléphone au travail

Détail sur le lieu de naissance (ville)

Fonction

Téléphone cellulaire

Date de naissance

Courriel (obligatoire)

Téléphone à la maison

INFORMATIONS SUR LE TUTEUR

Date de naissance

Employeur

Téléphone au travail

Téléphone cellulaire

Fonction

Téléphone à la maison

Adresse courriel :

Renseignements complémentaires

Nombre de soeurs

Nombre de frères

Rang dans la famille

Votre enfant a-t-il une soeur ou un frère au Collège?

Si oui, complétez ou corrigez ci-dessous.

Nom de l'élève (groupe)

L'éducation physique étant obligatoire, votre enfant est-il apte à suivre ce cours?

Si NON, vous devez fournir un certificat médical.

Autorisations

J'autorise la diffusion de renseignements à des fins d'élaboration de listes d'élèves, bottins, etc.

Le Collège des Hauts Sommets se réserve le droit d'utiliser les images (photos, vidéos, etc) prises lors des activités à des fins promotionnelles et /ou publicitaires. (Si refus, inscrire "non" dans l'encadré)

En cas de maladie ou d'accident, j'autorise le Collège à prendre les moyens jugés nécessaires tels que :

- assurer les premiers soins;
- communiquer s'il y a lieu avec un médecin attaché au Collège;
- faire transporter mon enfant dans un centre hospitalier par le moyen le plus approprié, à mes frais.

Dans les circonstances, je demande au personnel du Collège de m'aviser ou, s'il est impossible de m'écrire, d'aviser la personne désignée en cas d'urgence, le plus rapidement possible.

Signature du parent ou répondant : _____

Administration de médicaments, le Collège ne fournit aucun médicament aux élèves, j'autorise le personnel du Collège à administrer à mon enfant les médicaments (prescrits par un médecin) qui devront être pris au Collège et que je fournirai.

Signature du parent ou répondant : _____

Contrôle des maladies infectieuses, j'accepte de fournir la preuve de l'état de vaccination de mon enfant contre les maladies infectieuses. En l'absence de preuve de vaccination, j'accepte que mon enfant soit sujet à exclusion en temps d'école de maladies infectieuses contagieuses, évitables par la vaccination.

Signature du parent ou répondant : _____

Les personnes suivantes sont autorisées à venir chercher mon enfant au Collège :

Nom de la personne

Lien avec l'élève

No de téléphone/cellulaire

Signature du parent ou répondant : _____

Je demande l'admission de l'élève mentionné(e) au Collège des Hauts Sommets pour l'année scolaire 20 21-2022. Le tout conformément aux règlements du Collège des Hauts Sommets et j'inclus les frais d'inscription/réadmission au montant de \$200 (+ \$50 pour nouvel élève (ouverture dossier)).

L'inscription (non remboursable) d'un élève admis est considéré comme valide lorsqu'un montant de \$200, couvrant les frais d'admissibilité, a été versé.

*Transfert de \$50 (activités) si l'inscription est faite avant le 28 février 2021

Signature obligatoire

Argent Chèque PPA

En caractères d'imprimerie : Nom, prénom d'un parent responsable DEVANT LA LOI

Signature

Date

Renseignements sur l'état de santé :

Numéro d'assurance-maladie (obligatoire)	Date d'expiration (obligatoire)	Nom du médecin de famille	Téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Recommandations spéciales (s'il y a lieu)			
<input type="text"/>			
En cas d'urgence veuillez communiquer avec cette tierce personne		Téléphone	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Dossier médical

	Votre enfant souffre de:	Prend des médicaments:	spécifier: médicaments - Posologie - Heure - Effets secondaires
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Coeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Troubles auditifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Troubles visuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Handicap physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Troubles de comportement ou affectifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Autres (spécifier):	_____ _____ _____		
Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergique à:	_____		

Toute modification se rapportant à l'un ou à l'autre des éléments de ce formulaire sera faite à la suite d'une demande écrite par le ou les signataires.

Signatures (obligatoires)

_____ Père	_____ Mère
_____ Répondant (s'il y a lieu)	_____ Date