

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE		ÉCOLE ACTUELLE
NOM DE FAMILLE : _____		École Le Delta
PRÉNOM USUEL : _____		100, rue Rupert C.P. 690
CODE PERMANENT		Matagami (Québec)
- -		J0Y 2A0
DATE DE NAISSANCE		Téléphone :
		(819) 739-2055 poste 6421
SEXE		Courriel :
☐ M ☐ F		emond.chanta@cssbj.gouv.qc.ca
AN MS JR		CODE ORGANISME - ÉCOLE
		801-014

L'élève est inscrit(e) dans l'école susmentionnée depuis le : _____

L'école d'origine de l'élève : _____
Adresse : _____

Représentante ou représentant de l'école

Date

DEMANDE DE DOSSIER

Veuillez nous faire parvenir le dossier scolaire et s'il y a lieu, le dossier d'aide particulière ou autres dossiers de l'élève ainsi que le certificat de naissance original ou une copie certifiée conforme de celui-ci.

AUTORISATION DE TRANSMISSION DE DOSSIER(S) :

Je consens à ce que vous fassiez parvenir le(s) dossier(s) suivant(s) à la Commission scolaire de la Baie-James :

☒ dossier scolaire
 ☒ Orthophonie
 ☒ Psychologie
 ☒ dossier d'aide particulière

Signature de la personne qui détient l'autorité parentale ou de l'élève majeur

Date

L'école conserve une copie au dossier de l'élève

1.1 RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION : (ne pas compléter cette partie s'il y a une étiquette)

	NOM ET PRÉNOM DE L'ÉLÈVE		
	CODE PERMANENT	DATE DE NAISSANCE	
	ÉCOLE	NO DE FICHE	GROUPE-REPÈRE

DOMICILE DE L'ÉLÈVE CASE POSTALE VILLE CODE POSTAL TÉLÉPHONE DU RÉPONDANT (résidence)

1.2 AUTRES RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION : (à compléter)

NOM DU RÉPONDANT : _____ NOM DU RÉPONDANT : _____
TÉL. AU TRAVAIL : _____ TÉL. AU TRAVAIL : _____
NO. CELLULAIRE : _____ NO. CELLULAIRE : _____
AUTRE PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE : _____
(autre que celui qui a la garde de l'enfant) NOM ET PRÉNOM TÉLÉPHONE

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (OBLIGATOIRE)

NUMÉRO ASSURANCE MALADIE : _____ DATE D'EXPIRATION : _____
VOTRE ENFANT A-T-IL UN PROBLÈME DE SANTÉ? NON ☐ OUI ☐ (ex : asthme, diabète, TED, TDAH, autre...)
PRÉCISEZ : _____
PREND-IL DES MÉDICAMENTS (ou pompes) RÉGULIÈREMENT? NON ☐ OUI ☐ PRÉCISEZ : _____
A-T-IL DES ALLERGIES? NON ☐ OUI ☐ PRÉCISEZ : _____
QUELLES SONT SES RÉACTIONS AUX ALLERGIES : _____ Doit-il prendre EPIPEN ☐ TWINJECT ☐ AUTRE : _____
VOTRE ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU UNE INTERVENTION CHIRURGICALE? NON ☐ OUI ☐ PRÉCISEZ : _____
VOTRE ENFANT DOIT-IL PORTER UN APPAREIL AUDITIF? NON ☐ OUI ☐ PRÉCISEZ : Oreille D ☐ Oreille G ☐
VOTRE ENFANT DOIT-IL PORTER : - LUNETTES ☐ - VERRES DE CONTACT ☐ -NON-APPLICABLE ☐
VOTRE ENFANT DOIT-IL PORTER UN APPAREIL DENTAIRE? NON ☐ OUI ☐

JE SOUSSIGNÉ, AUTORISE LE CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE DE LA BAIE-JAMES À TRANSMETTRE LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE FICHE DE SANTÉ À L'INFIRMIER (IÈRE) SCOLAIRE OU À L'HYGIÉNISTE DENTAIRE?

OUI ☐ NON ☐

X _____
SIGNATURE (répondant) DATE

N.B. : TOUT CHANGEMENT DANS LA SANTÉ DE VOTRE ENFANT EN COURS D'ANNÉE (HOSPITALISATION, ACCIDENT OU AUTRE), DEVRA ÊTRE IMMÉDIATEMENT SIGNALÉ À L'ÉCOLE ET À L'INFIRMIER (ÈRE) SCOLAIRE POUR ASSURER UN MEILLEUR SUIVI POUR VOTRE ENFANT.

3. AUTORISATION D'AGIR EN CAS D'URGENCE

EN CAS D'URGENCE, MALADIE OU ACCIDENT, JE SOUSSIGNÉ, PERMETS AUX AUTORITÉS SCOLAIRES D'AGIR EN PERSONNE RESPONSABLE AUPRÈS DE MON ENFANT ET DE PRENDRE LES DÉCISIONS JUGÉES ADÉQUATES D'APRÈS LES CIRCONSTANCES.

OUI ☐ NON ☐

X _____
SIGNATURE (répondant) DATE

N.B. : CE DOCUMENT FAIT PARTIE DU DOSSIER DE L'ÉLÈVE. LES RENSEIGNEMENTS DU PRÉSENT DOCUMENT SONT À LA DISPOSITION DU PERSONNEL RESPONSABLE (INFIRMIÈRE, PERSONNEL ENSEIGNANT, RESPONSABLE DES PREMIERS SOINS) AU BESOIN LA FICHE DE SANTÉ EST CONSERVÉE À L'ÉCOLE.

1. RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION (écrire en lettres moulées)

CODE PERMANENT - -	SEXE Masculin Féminin Non binaire ☐ ☐ ☐	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR - - -
NO DE FICHE - GR-REP -		
NOM et PRÉNOM DE L'ÉLÈVE		AUTRES PRÉNOMS
LIEU DE NAISSANCE (Ville, Province ou Pays)		LANGUE MATERNELLE
RANG DANS LA FAMILLE : - SUR - (Exemple : 2 ^e sur 3 enfants)		LANGUE PARLÉE À LA MAISON

2. STATUT D'IMMIGRATION DE L'ÉLÈVE (non obligatoire)

Le choix de répondre ou non à cette question est volontaire et le fait de ne pas y répondre n'entraînera aucune conséquence pour le répondant. Ces renseignements sont recueillis uniquement aux fins de l'offre de services éducatifs et non aux fins de déterminer le statut d'immigration.

- ☐ Citoyen canadien ☐ Titulaire d'un permis de travail ☐ Demandeur d'asile ☐ Autre statut
☐ Résident permanent ☐ Titulaire d'un permis d'études ☐ Visiteur ☐ Ne souhaite pas répondre

3. RÉPONDANT(S)

NOM et PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEU DE NAISSANCE (Province ou pays)
ADRESSE COURRIEL	LIEN AVEC L'ENFANT	
ADRESSE DU DOMICILE	CASE POSTALE	VILLE
CODE POSTAL		
TÉLÉPHONE : - CELLULAIRE : - TÉLÉPHONE TRAVAIL : -		
APPELS POUR LES ABSENCES : ☐ À la maison ☐ Cellulaire ☐ Au travail		
☐ ENVOI DU BULLETIN ET AUTRES DOCUMENTATIONS		

NOM et PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEU DE NAISSANCE (Province ou pays)
ADRESSE COURRIEL	LIEN AVEC L'ENFANT	
ADRESSE DU DOMICILE	CASE POSTALE	VILLE
CODE POSTAL		
TÉLÉPHONE : - CELLULAIRE : - TÉLÉPHONE TRAVAIL : -		
APPELS POUR LES ABSENCES : ☐ À la maison ☐ Cellulaire ☐ Au travail		
☐ ENVOI DU BULLETIN ET AUTRES DOCUMENTATIONS		

4. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA FRÉQUENTATION ANTÉRIEURE

L'ÉLÈVE FRÉQUENTE UNE ÉCOLE EN 2024 -2025 : ☐ OUI ☐ NON

SI OUI :

NOM DE L'ÉCOLE	CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE OU INSTITUTION PRIVÉE
LANGUE D'ENSEIGNEMENT	NIVEAU SCOLAIRE de l'année courante

SI NON, l'enfant était :

☐ au CPE ☐ en milieu familial non subventionné ☐ en garderie privée non subventionnée ☐ à la maison d'un proche
☐ en milieu familial subventionné ☐ en garderie privée subventionnée ☐ à la maison ☐ autre milieu de garde