

1 - IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

CODE PERMANENT

No DE FICHE

NO.ÉCOLE

ÉCOLE

NOM DE L'ÉLÈVE _____ PRÉNOM DE L'ÉLÈVE _____

AUTRE NOM DE L'ÉLÈVE _____ PRÉNOM DE L'ÉLÈVE AU REGISTRE DE L'ÉTAT CIVIL _____

ABSENCE AUTRES PRÉNOMS _____ SEXE _____ SEXE AU REGISTRE DE L'ÉTAT CIVIL _____ DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ) _____
AUTRES PRÉNOMS _____

CODE ET LIEU DE NAISSANCE DE L'ÉLÈVE (VILLE) _____ LANGUE MATERNELLE _____ LANGUE PARLÉE À LA MAISON _____

Le choix de répondre ou non à la présente question est volontaire et le fait de ne pas 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.

Statut d'immigration de l'élève :

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

2 - IDENTIFICATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE

RÉPONDANT(E)(S) : PARENT A PARENT B GARDE PARTAGÉE TUTEUR

PARENT A <input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> MÈRE <input type="checkbox"/> PARENT A DÉCÉDÉ <small>INFORMATION NON DISPONIBLE</small>	_____	_____	_____	_____
	NOM DU PARENT A	PRÉNOM DU PARENT A	* LIEU DE NAISSANCE	DATE DE NAISSANCE DU PARENT A (AAAA-MM-JJ)
PARENT B <input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> MÈRE <input type="checkbox"/> PARENT B DÉCÉDÉ <small>INFORMATION NON DISPONIBLE</small>	_____	_____	_____	_____
	NOM DU PARENT B	PRÉNOM DU PARENT B	* LIEU DE NAISSANCE	DATE DE NAISSANCE DU PARENT B (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> PARENT B DÉCÉDÉ <small>INFORMATION NON DISPONIBLE</small>	_____	_____	_____	_____
	NOM DU TUTEUR	PRÉNOM DU TUTEUR	* LIEU DE NAISSANCE	SEXE DU TUTEUR
	_____	_____	_____	_____
	TÉLÉPHONE CELLULAIRE	** ADRESSE ÉLECTRONIQUE		

* Veuillez indiquer : la province si votre lieu de naissance est au Canada ou le pays si votre lieu de naissance est à l'étranger.

** Plusieurs communications pourraient vous parvenir par courrier électronique.

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES À REMPLIR AUX PAGES SUIVANTES ...

3 - ADRESSE PRINCIPALE DE RÉSIDENCE DE L'ÉLÈVE (Si l'élève a une autre adresse, veuillez l'inscrire dans la section 7 - AUTRE ADRESSE DE L'ÉLÈVE)

TYPE D'ADRESSE	ADRESSE EFFECTIVE LE							
1 Les 2 parents		AAAA-MM-JJ	No CIVIQUE	GENRE	RUE/RANG/ROUTE	N, S, E, O	APP.	CASIER POSTAL
2 Père								
3 Mère								
4 Tuteur								
VILLE / MUNICIPALITÉ			CODE POSTAL		TÉLÉPHONE RÉSIDENCE			
TÉLÉPHONE TRAVAIL, parent A (1)			TÉLÉPHONE TRAVAIL, parent B (2)		TÉLÉPHONE TRAVAIL, tuteur			

4 - ADRESSE DU (DE LA) GARDIEN(NE) OU SERVICE DE GARDE DE L'ÉCOLE (Assujettie à la Politique de gestion du transport scolaire)**Situation actuelle au dossier de l'élève**

PÉRIODES DE FRÉQUENTATION ACTUELLE	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> MIDI	<input type="checkbox"/> PM	No CIVIQUE	GENRE	RUE/RANG/ROUTE	N, S, E, O	APP.	CASIER POSTAL
NOM DE LA PERSONNE À CETTE ADRESSE			VILLE / MUNICIPALITÉ		CODE POSTAL		TÉLÉPHONE		

5 - CHOIX DE L'ÉCOLE ET CHOIX EN ARTS**À remplir par l'autorité parentale**

Pour l'année 2025-2026, je choisis l'école :

Inscrire le nom de l'école choisie

N.B. Si vous choisissez une école autre que celle fréquentée présentement ou, dans le cas d'une nouvelle inscription, une école autre que celle de votre bassin vous devez compléter le formulaire "DEMANDE D'INSCRIPTION DANS UNE AUTRE ÉCOLE" disponible au secrétariat de l'école de bassin.**À remplir par l'autorité parentale****(Pour le secondaire seulement, ce choix est obligatoire.)****CHOIX EN ARTS**

Inscrire les chiffres 1 pour le 1er choix, 2 pour le 2e choix et 3 pour le 3e choix :

Arts plastiques Musique Art dramatique Toutefois, l'attribution **du** ou **des** cours d'art dépendra de la grille matières adoptée par chacune des écoles du Centre de services scolaire. L'école secondaire considérera les préférences de votre enfant sans pour autant en garantir le premier choix.**6 - INTELLIGENCE ARTIFICIELLE ET INFORMATION RELATIVE À LA COLLECTE ET À L'UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS****Intelligence artificielle**

Dans le cadre de nos efforts pour améliorer la réussite éducative de nos élèves, nous avons recours à certains outils d'intelligence numériques qui permettent de générer des indicateurs visant, notamment, à réduire les risques de décrochage scolaire.

La solution d'intelligence artificielle pour soutenir la prévention du décrochage scolaire est une initiative du ministère de l'Éducation. Elle permet d'analyser et d'agir rapidement auprès d'élèves qui présentent des facteurs de risque.

À cette fin, nous vous informons que des renseignements personnels colligés lors de l'inscription et du cheminement scolaire de votre enfant pourraient être utilisés dans ces outils et pourraient permettre, par le biais de comparaisons ou de croisement de données, de créer de nouveaux renseignements personnels, tels qu'un indicateur portant sur le risque de décrochage scolaire de votre enfant.

Soyez assuré que :

- des mesures de confidentialité et de sécurité sont mises en place répondant aux meilleures pratiques ;
- les renseignements personnels ne serviront qu'à des fins éducatives et d'accompagnement des élèves ;
- l'accès aux renseignements personnels est strictement limité à notre personnel pour lequel il lui est nécessaire dans le cadre de ses fonctions.

La collecte et l'utilisation de ces renseignements à un caractère obligatoire afin de permettre au CSSPS d'être opérationnel et de s'acquitter de sa mission et de ses fonctions.

 J'atteste avoir pris connaissance des implications concernant la collecte et l'utilisation par le CSSPS des renseignements concernant mon enfant.**Information relative à la collecte et à l'utilisation des renseignements personnels**

Le CSSPS vous informe qu'il doit procéder à la collecte et à l'utilisation de certains renseignements personnels vous concernant ou concernant votre enfant mineur afin de pouvoir lui offrir des services :

Les renseignements personnels collectés peuvent inclure les types d'information suivantes :

- Coordonnées personnelles (adresse postale, courriel, téléphone)
- Renseignements concernant l'identité
- Renseignements relatifs au dossier scolaire
- Tous documents administratifs nécessaires à l'admission (Ex: certificat de naissance)
- Renseignements de nature médicale
- Des informations sur la fratrie
- Photo administrative de l'élève

Utilisation des renseignements personnels :

Le CSSPS utilise les renseignements concernant ses élèves afin de s'acquitter de sa mission et de ses fonctions. Principalement pour :

- L'inscription et l'admission
- Établir un plan d'intervention
- L'évaluation de l'élève
- Établir une fiche santé
- Inscription au service de garde
- Transport scolaire

Si l'usage venait à changer, vous en serez informés, sauf dans les circonstances prévues à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et à la protection des renseignements personnels (Loi sur l'accès).

Accès aux renseignements.

Ces renseignements seront utilisés par les employés du CSSPS pour qui ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions conformément à l'article 62 de la Loi sur l'accès. Certains renseignements sont également partagés avec d'autres organismes dont le ministère de l'Éducation, la direction de l'état civil, le tout en respect des encadrements applicables.

Le CSSPS conserve les données ci-haut mentionnées conformément à son calendrier des délais de conservation.

Les renseignements collectés seront utilisés aux seules fins décrites dans le présent consentement, sous réserve des exceptions prévues à la Loi sur l'accès.

En procédant à l'inscription de mon enfant, je comprends qu'il est nécessaire pour le CSSPS de collecter et d'utiliser les renseignements personnels décrits aux présentes pour pouvoir offrir les services à mon enfant.

SIGNATURE DE L'AUTORITÉ PARENTALEDATE **X****X**SIGNATURE : PARENT A PARENT B PERSONNE AUTORISÉE **DONNÉES SCOLAIRES ET PREUVE DE RÉSIDENCE**

(Réservé à l'école)

ORDRE D'ENSEIGNEMENT	CLASSE	CYCLE	ANNÉE DU CYCLE	ANNÉES DE FRÉQ.	BÂTISSE	G. REPÈRE	TYPE DE PARCOURS	PU <input type="checkbox"/>	PR <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>
								INDICATEUR DU PRIVÉ		

SEULEMENT POUR LES NOUVEAUX ÉLÈVES OU UN AVIS DE DÉMÉNAGEMENT INSCRIT SUR CETTE FICHE (Réservé à l'école)Preuve de résidence au Québec : J'atteste avoir pris connaissance des documents originaux présentés pour confirmer la résidence de l'élève ou du parent

Document 1: Fiche d'inscription Document 2:

Signature: Date:

7 - AUTRE ADRESSE DE L'ÉLÈVE (EX. : GARDE PARTAGÉE)

TYPE D'ADRESSE 1 Les 2 parents 2 Père 3 Mère 4 Tuteur	ADRESSE EFFECTIVE LE AAAA-MM-JJ	No CIVIQUE	GENRE	RUE/RANG/ROUTE	N, S, E, O	APP.	CASIER POSTAL
VILLE / MUNICIPALITÉ				CODE POSTAL	TÉLÉPHONE RÉSIDENCE		
TÉLÉPHONE TRAVAIL, parent A (1)			TÉLÉPHONE TRAVAIL, parent B (2)			TÉLÉPHONE TRAVAIL, tuteur	

8 - AUTRE ADRESSE DU (DE LA) GARDIEN(NE) OU SERVICE DE GARDE DE L'ÉCOLE (Assujettie à la Politique de gestion du transport scolaire)

COCHER LES PÉRIODES DE FRÉQUENTATION <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> MIDI <input type="checkbox"/> PM	No CIVIQUE	GENRE	RUE/RANG/ROUTE	N, S, E, O	APP.	CASIER POSTAL
NOM DE LA PERSONNE À CETTE ADRESSE		VILLE / MUNICIPALITÉ		CODE POSTAL	TÉLÉPHONE	

Fiche d'urgence-santé

9 - ÉTAT DE SANTÉ

Les informations contenues dans la fiche santé visent à assurer la santé et la sécurité de l'élève dans ses activités scolaires, parascolaires et en cas d'urgence. L'infirmière et l'hygiéniste dentaire du CIUSSS de la Capitale-Nationale affectées à l'école prendront connaissance des particularités de santé de l'élève et contacteront le parent ou la personne autorisée au besoin pour compléter les informations recueillies. Celles-ci serviront à soutenir et à former le personnel scolaire et parascolaire (direction, personnel enseignant et personnel non enseignant, personnel du service de garde, personnel lié au transport et intervenant dans un contexte scolaire).

SOINS REQUIS PAR L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ÉLÈVE DE MOINS DE 14 ANS, le personnel du CIUSSS de la Capitale-Nationale communiquera avec le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur afin d'obtenir le consentement aux soins requis par l'état de santé de l'élève de moins de 14 ans.

SOINS REQUIS PAR L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ÉLÈVE DE 14 ANS ET PLUS, l'élève de 14 ans et plus peut consentir seul aux soins requis par sa condition, dans la mesure où il est apte à consentir aux soins. Dans ce contexte, le personnel du CIUSSS n'obtiendra pas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ni du tuteur. Si l'état de l'élève de 14 ans et plus exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de 12 heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur sera informé.

EN SITUATION D'URGENCE (NON PRÉVISIBLE), la protection de la vie et de l'intégrité physique de l'élève exige que, lorsque sa vie est en péril, toute personne présente lui porte secours et lui fournisse les soins requis. Par conséquent, tout intervenant en milieu scolaire pourra prendre les mesures nécessaires et dispenser les premiers soins. Note Les frais de transport par ambulance ou taxi sont à la charge de l'autorité parentale. Les parents détenant une assurance accident peuvent réclamer ces frais.

RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS, le dossier d'usager qui concerne l'élève tenu par le personnel du CIUSSS de la Capitale-Nationale est confidentiel. La règle générale est à l'effet que le titulaire de l'autorité parentale a droit d'accès au dossier d'un usager mineur. Il existe cependant des exceptions lorsque l'enfant fait l'objet d'une intervention au sens de la Loi sur la protection de la jeunesse (RLRQ c. P-34.1) ou qu'il est visé par une décision au sens de cette loi. Pour le mineur de 14 ans et plus, le CIUSSS de la Capitale Nationale, peut refuser au titulaire de l'autorité parentale l'accès au dossier de son enfant, si ce dernier le refuse, après avoir été consulté par l'établissement. Pour ce faire, l'établissement doit alors établir que la communication du dossier du mineur au titulaire de l'autorité parentale cause ou pourrait causer un préjudice à la santé du mineur.

Toute question ou préoccupation peut être adressée à l'infirmière scolaire ou à la direction d'école.

1) Votre enfant a-t-il une allergie nécessitant un auto-injecteur (ex. : EpiPen)? Veuillez cocher laquelle ou lesquelles des situations s'appliquent à votre enfant : (le protocole d'administration d'épinéphrine en milieu scolaire vous sera envoyé dans le cas d'une réponse positive)

NON

<input type="checkbox"/> Produits laitiers	<input type="checkbox"/> Arachides	<input type="checkbox"/> Oeuf	<input type="checkbox"/> Poisson	<input type="checkbox"/> Piqûres d'insectes (abeille et guêpe)	<input type="checkbox"/> Fruits (préciser dans autre)	<input type="checkbox"/> Noix
<input type="checkbox"/> Graines de sésame	<input type="checkbox"/> Sulfites	<input type="checkbox"/> Moutarde	<input type="checkbox"/> Soya	<input type="checkbox"/> Blé et triticale (blé et seigle)	<input type="checkbox"/> Crustacés et mollusques	<input type="checkbox"/> Latex

Autre allergie non listée ou précisions à apporter (autre que médicament et nécessitant un auto-injecteur) : _____

2) Votre enfant a-t-il une allergie ou intolérance (autre que médicamenteuse) NE nécessitant PAS d'auto-injecteur (ex. : EpiPen)? Veuillez cocher laquelle ou lesquelles des situations s'appliquent à votre enfant :

NON

<input type="checkbox"/> Acariens	<input type="checkbox"/> Chiens	<input type="checkbox"/> Autres animaux (chat, cheval, etc.)
<input type="checkbox"/> Pollen	<input type="checkbox"/> Gluten	<input type="checkbox"/> Intolérance aux produits laitiers

Autre allergie ou intolérance NE nécessitant PAS d'auto-injecteur non listée (autre que médicamenteuse) : _____

3) Votre enfant a-t-il une allergie à un médicament ? Veuillez cocher laquelle ou lesquelles des situations s'appliquent à votre enfant :

NON

<input type="checkbox"/> Sulfaméthoxazole-Triméthoprim (Bactrim, Septra, Cotrimoxazole, etc.)	<input type="checkbox"/> Ciprofloxacine (Cipro)	<input type="checkbox"/> Ibuprofène (Advil, Motrin, etc.)
<input type="checkbox"/> Acétaminophène (Tylenol, Temptra, etc.)	<input type="checkbox"/> Pénicilline ou ses dérivés (Amoxicilline, Ampicilline, etc.)	

Autre allergie médicamenteuse non listée : _____

4) Votre enfant présente-t-il une de ces conditions ? Veuillez cocher laquelle ou lesquelles des situations s'appliquent à votre enfant :

NON

<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> Hémophilie	<input type="checkbox"/> Maladie de Crohn/coeliaque	<input type="checkbox"/> Arthrite juvénile	<input type="checkbox"/> Condition cardiaque
<input type="checkbox"/> Asthme SANS pompes	<input type="checkbox"/> Asthme AVEC pompes à l'école		<input type="checkbox"/> Déficit de l'attention (TDA) AVEC médication		
<input type="checkbox"/> Déficit de l'attention (TDA) SANS médication	<input type="checkbox"/> Déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) SANS médication		<input type="checkbox"/> Déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) AVEC médication		
<input type="checkbox"/> Trouble du langage et de la communication	<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme				
<input type="checkbox"/> Trouble moteur	<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Trouble auditif ou visuel	<input type="checkbox"/> Trouble organique	
<input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Immunosupprimé				

10 - SITUATION D'URGENCE

En cas d'urgence et en l'absence des parents, quelle personne devons-nous appeler ? (s.v.p. en aviser cette personne)

Nom : _____ Cochez : Parenté Ami Voisin Autre Téléphone : _____

11 - AUTORISATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE À DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS

J'autorise les autorités de l'école à diffuser, pour des raisons de sécurité, au personnel du CIUSSS de la Capitale-Nationale affecté à l'école ainsi qu'à tous les intervenants du milieu scolaire (direction, personnel enseignant, personnel non enseignant, personnel du service de garde, personnel lié au transport et intervenant dans un contexte scolaire) les informations que comprend la présente fiche et, en cas d'urgence (accident ou maladie subite), à prendre les mesures nécessaires, à dispenser les premiers soins et à veiller au transport de mon enfant jusqu'au lieu du traitement, si cela s'avère nécessaire.

Si un changement survient dans l'état de santé de votre enfant, il est de votre responsabilité d'informer l'école ou l'infirmière scolaire.

Pour l'élève de 14 et plus :

J'ai avisé mon enfant de la transmission de ces informations au personnel de l'école ainsi qu'aux infirmières scolaires et hygiénistes dentaires.

X

SIGNATURE : PARENT A PARENT B PERSONNE AUTORISÉE

X

Date