

## FICHE D'ADMISSION ET D'INSCRIPTION 2017-2018

## PRÉMATERNELLE

- HÉRITAGE (école catholique) (800 \$)       QUATRE-VENTS (800 \$)  
 NOUVELLE FRONTIÈRE : (1 000 \$)

### VERIFICATION DE L'ADMISSIBILITÉ A L'ÉDUCATION FRANCOPHONE

#### Âge et capacité de l'enfant

- Avoir au moins 3 ans et demi et aller à la toilette sans aide.

#### Admissibilité (Article 23 Charte des droits et libertés)

Un enfant est admissible à l'enseignement en français si il ou elle rencontre au moins une des conditions suivantes : Prière de répondre à chacun des trois (3) énoncés suivants :

1. Le français est la langue maternelle de l'un ou l'autre parent et est encore compris  Oui  Non
2. L'un des parents a reçu son instruction en français au Canada  Oui  Non
3. Un des frères/sœurs reçoit ou a reçu son instruction en français au Canada  Oui  Non

**Si l'enfant ne rencontre pas l'une des conditions ci-dessus, veuillez passer à la section Admissibilité exceptionnelle.**

#### Admissibilité exceptionnelle (Selon la politique du Conseil scolaire un élève peut être admis si il ou elle rencontre une des conditions suivantes.)

Cocher une des catégories suivantes constitue la *première étape* d'une demande d'admission exceptionnelle telle que décrite dans la DA 301.

- Les parents/grands-parents ont des racines francophones et désirent réintégrer la culture et l'identité francophones dans la vie de leurs enfants.
- Un des parents désire maintenir la compétence linguistique, l'identité et l'appartenance culturelle française chez leurs enfants (p.ex. : un immigrant ou résident permanent du Canada).
- Un enfant qui était inscrit à un programme d'immersion qui n'est plus/pas offert dans la communauté de l'école francophone au sein du Conseil scolaire du Nord-Ouest N° 1.

**Si l'enfant rencontre une des conditions ci-dessus, veuillez compléter ce formulaire et prendre rendez-vous avec la direction d'école afin de poursuivre la demande d'admission exceptionnelle.**

### RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT (S.V.P., inscrire en lettres moulées)

Nom de famille de l'enfant: \_\_\_\_\_ Autre nom de famille de l'enfant \_\_\_\_\_

Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Deuxième prénom ou initiale de l'enfant \_\_\_\_\_

Date de naissance (jour/mois/année) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  Copie du certificat de naissance (**obligatoire**)

Sexe : M  F

Adresse et description légale du lieu de résidence de l'enfant :

\_\_\_\_\_

No de rue ou description légale	ville	province	code postal
---------------------------------	-------	----------	-------------

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Numéro d'assurance maladie personnel d'Alberta *Health Care* : \_\_\_\_\_

Maladie ou condition médicale particulière. **S.V.P., veuillez préciser si votre enfant a :**

Allergies	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, laquelle : _____
Troubles du langage	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, laquelle : _____
Épilepsie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Autres	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, laquelle : _____

Veuillez indiquer si votre enfant a besoin d'une pompe ou d'un Epipen et/ou un médicament:

ASTHME / POMPE:  OUI  NON      EPIPEN:  OUI  NON      MÉDICAMENT:  OUI  NON

Si oui, vous devez remplir et signer le formulaire DA 313A . Voir Annexe D.

Est-ce que le programme de vaccination est à jour ?  Oui  Non

Veuillez ajouter tout autre renseignement pertinent à la santé et sécurité de votre enfant :

\_\_\_\_\_

J'ai rempli et joint le Formulaire « **Autorisation d'administration de soins médicaux en cas d'urgence** ». Voir **Annexe C (OBLIGATOIRE)**

## PARENT(S)/TUTEUR(S)

**COCHEZ :** L'enfant vit avec :  Père et mère  Mère  Père  Tuteur  Autres

\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
NOM ET PRENOM DE LA MÈRE/TUTEURE      à domicile / au travail / cellulaire

Adresse postale de la mère/tutrice: \_\_\_\_\_  
No de rue ou case postale      ville      province      code postal

Description de l'adresse légale : \_\_\_\_\_ Courriel\* : \_\_\_\_\_  
**(\*Voir Annexe F)**

\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
NOM ET PRENOM DU PÈRE/TUTEUR      à domicile / au travail / cellulaire

Adresse postale du père /tuteur : \_\_\_\_\_  
No de rue ou case postale      ville      province      code postal

Description de l'adresse légale \_\_\_\_\_ Courriel\* : \_\_\_\_\_  
**(\*Voir Annexe F)**

## LANGUES PARLÉES

Langue(s) parlée (s) de la mère :  français  anglais  autre(s), spécifiez : \_\_\_\_\_  
Langue(s) parlée (s) du père :  français  anglais  autre(s), spécifiez : \_\_\_\_\_  
Langue(s) parlée (s) de l'enfant:  français  anglais  autre(s), spécifiez : \_\_\_\_\_  
Langue(s) parlée (s) à la maison :  français  anglais  autre(s), spécifiez : \_\_\_\_\_

---

**AUTRE(S) CONTACT(S) D'URGENCE :** Identifier au moins une (1) autre personne contacte :

\_\_\_\_\_ **Téléphone :** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**Nom et prénom du contact** à domicile / au travail / cellulaire

Relation avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Description légale de la résidence : \_\_\_\_\_

---

**TRANSPORT SCOLAIRE**

Transport scolaire requis?  Non  Oui – Voir **Annexe B**

---

**GARDE DES ENFANTS**

Il arrive qu'un enfant soit « protégé » par décision d'une Cour de justice en vertu soit du *Child Welfare Act*, du *Domestic Relations Act*, du *Divorce Act* ou encore du *Young Offenders Act*. Veuillez indiquer si la direction de l'école devrait être mise au courant d'une telle décision judiciaire concernant la protection de votre enfant.

- Non  Oui (**Si oui**, veuillez discuter de la situation avec la direction de l'école et fournir une copie de la documentation légale à l'appui.)

---

**AUTO-IDENTIFICATION DES ÉLÈVES AUTOCHTONES**

Si vous souhaitez déclarer que l'élève est autochtone, veuillez sélectionner l'un des choix suivants :

- Première Nation (inscrit)
- Première Nation (non inscrit)
- Métis
- Inuit

Pour obtenir d'autres informations, veuillez consulter <https://education.alberta.ca/system-supports/results-reporting/> ou communiquer avec Alberta Education au 780-427-8501.

Si vous avez des questions concernant la collecte des renseignements des élèves par le conseil scolaire, veuillez communiquer avec la direction générale du conseil scolaire à [brigittekropielnicki@csno.ab.ca](mailto:brigittekropielnicki@csno.ab.ca) ou 1-866-780-8855.

---

**ARTICLE 11.1 DE L'ALBERTA HUMAN RIGHTS ACT**

L'article 11.1 de l'Alberta Human Rights Act stipule que les conseils scolaires (y compris les écoles publiques à charte) doivent aviser les parents lorsque les programmes d'études, les cours, le matériel didactique, l'enseignement ou les activités comportent de la matière traitant principalement ou ouvertement de religion, de sexualité humaine ou d'orientation sexuelle.

*Les enseignants enverront un avis et un formulaire d'exemption aux parents pour les cours qui contiennent de la matière traitant principalement et ouvertement de religion et de sexualité humaine.*

---

## PAIEMENT

Le programme de prématernelle est offert par le Conseil scolaire du Nord-Ouest à un cout abordable pour les parents. Un versement non remboursable de 100 \$ est requis avec chaque demande d'inscription. S.V.P., fournir des chèques postdatés ou mandats-poste avec cette demande pour couvrir la solde du cout d'inscription. Voir Annexe E. (Si vous faites une demande exceptionnelle, ne payer que lorsque votre demande aura été acceptée.)

- J'ai rempli et joint le Formulaire « Méthode de paiement ».  
Voir Annexe E (OBLIGATOIRE)

Les renseignements personnels sont recueillis sous l'autorité de l'article 23 de la Loi scolaire de l'Alberta et en conformité à l'article 32c de la loi de l'Accès à l'information et protection de la vie privée (FOIPP). Pour plus de renseignements, S.V.P. communiquez avec la trésorière générale au bureau du Conseil scolaire du Nord-Ouest, au 780-624-8855 ou 1-866-624-8855.

---

## DÉCLARATION ET SIGNATURE

- Oui  Non J'accepte la philosophie, les politiques, les annexes « A », « B », « C », & « E » (Loi FOIPP, Transport, Autorisation d'administration de soins médicaux en cas d'urgence & Méthode de paiement), les frais scolaires et les règlements du Conseil scolaire du Nord-Ouest N° 1.

Je déclare par la présente que les renseignements donnés ci-dessus sont vrais, exacts et complets.

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

\_\_\_\_\_  
Date

## ANNEXE A

### LOI SUR L'ACCÈS À L'INFORMATION ET LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE (LOI FOIPP) Veuillez lire attentivement avant de signer le formulaire d'inscription de l'élève

Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 1998, tous les conseils scolaires de l'Alberta sont sujets à la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée (FOIPP). Cette loi définit les politiques et les règlements concernant la collecte, l'utilisation, la protection et la divulgation des renseignements personnels.

Les renseignements personnels recueillis sur le formulaire d'inscription de l'élève permettent au Conseil d'offrir des services et des programmes éducatifs et d'assurer un environnement scolaire sain et sécuritaire. L'information sera utilisée dans les circonstances suivantes :

- L'utilisation du nom de l'élève, de photos et de commentaires dans le bulletin de l'école, l'annuaire, ou le livre des finissants ou autres publications de l'école ou du conseil scolaire.
- Le tournage de vidéos ou la prise de photos individuelles, de classes, d'équipes ou de clubs à des fins scolaires.
- La prise de photos ou de vidéos, par les médias, d'activités de classes ou d'écoles où les élèves ne sont pas facilement identifiables.
- L'utilisation du nom de l'élève, de son niveau, de sa photo dans des activités organisées par l'école qui ont trait à l'athlétisme, aux beaux-arts ou aux célébrations.
- L'utilisation du nom de l'élève et de sa date de naissance pour marquer son anniversaire.
- L'utilisation du nom d'un élève sur un tableau ou autre œuvre exposée à une école ou au conseil ou à une exposition extérieure organisée par l'école ou par le conseil scolaire.
- Le partage de l'information avec les autorités régionales de santé pour les besoins de vaccination et de soins de santé.
- L'utilisation du nom de l'élève au tableau d'honneur, lors des cérémonies de remise de diplômes, pour les bourses ou autres reconnaissances à l'intérieur du conseil scolaire.
- L'utilisation du nom de l'élève et des renseignements scolaires nécessaires pour déterminer l'admissibilité ou la pertinence des bourses, des reconnaissances provinciales ou fédérales ou d'autres types de reconnaissances dans le cas où le conseil en ferait la demande pour l'élève.
- L'utilisation du nom de l'élève, des personnes responsables et des numéros de téléphone pour vérifier les absences.
- L'utilisation du nom de l'élève, des personnes responsables et des numéros de téléphone pour des questions de transport scolaire et des procédures d'urgence.
- La divulgation de l'information en cas de besoin au sujet des élèves qui ont des conditions médicales sérieuses ou extrêmement graves.
- La diffusion du nom de l'élève, des personnes responsables, des numéros de téléphone et des adresses au Conseil d'école pour des questions de communication.

*L'article 23 de la Loi scolaire de l'Alberta et en conformité à l'article 32c de la loi de l'Accès à l'information et protection de la vie privée (FOIPP) et ses dispositions s'appliquent.*

Dans le cas d'une activité qui n'est pas incluse dans cette liste et qui nécessiterait votre consentement pour la publication des renseignements personnels de votre enfant, un formulaire d'autorisation vous sera envoyé.

## ANNEXE B

### TRANSPORT SCOLAIRE - PRÉMATERNELLE

**À noter :** le service de transport est offert gratuitement à tous les élèves de la maternelle à la 12<sup>e</sup> année.

Pour les **petits de la prématernelle**, le service sera disponible seulement aux enfants qui ont 3 ½ ans au 1<sup>er</sup> septembre. Le service est offert le matin et le parent sera responsable du retour à la maison de son enfant. NB. L'enfant doit être capable de comprendre et suivre tous les règlements de sécurité (par exemple, l'enfant doit rester assis dans son siège en tout temps.)

*Si vous désirez le service de transport, nous vous prions de lire l'information qui s'applique à l'école où votre enfant est inscrit.*

**École Quatre-Vents :** Le CSNO a conclu une entente de transport avec la division scolaire de Peace River (P.R.S.D. # 10). Le P.R.S.D. # 10 effectue le transport scolaire des élèves inscrits à l'École Quatre-Vents et ce service est pour tous les élèves qui habitent à plus de 2.4 kilomètres de l'école. Nous demandons à tous les parents désirant obtenir le service de transport scolaire de communiquer directement au *Peace River Bus Garage* au **780-624-3006** pour faire la demande du service. Les employés du *Peace River Bus Garage* vous informeront de l'endroit, de l'heure d'embarquement et de débarquement de votre enfant.

**École Nouvelle Frontière :** Le CSNO offre son propre service de transport scolaire pour l'École Nouvelle Frontière. Ce service est assuré par *First Student Canada* et ceux-ci exercent la sécurité du transport scolaire par la vigilance, l'habileté professionnelle et la pratique des règlements de sécurité. Un conducteur ou une conductrice d'autobus vous appellera pour vous informer de l'heure d'embarquement et de débarquement de votre enfant. Si vous désirez que votre enfant ait accès au service de transport, s'il vous plaît remplir le formulaire ci-dessous.

**École Héritage :** Le CSNO gère son propre service de transport scolaire pour l'École Héritage. Ce service est assuré par des contractuels et ceux-ci exercent la sécurité du transport scolaire par la vigilance, l'habileté professionnelle et la pratique des règlements de sécurité. Un conducteur ou une conductrice d'autobus vous appellera pour vous informer de l'heure d'embarquement et de débarquement de votre enfant. Si vous désirez que votre enfant ait accès au service de transport, s'il vous plaît remplir le formulaire ci-dessous.

#### Section à remplir pour l'obtention du service de transport

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_ Niveau : \_\_\_\_\_

Adresse et description légale du lieu de résidence de l'élève :

\_\_\_\_\_

No de rue ou description légale

ville

province

code postal

#### ADRESSE DE L'ALLER (matin) :

Adresse \_\_\_\_\_

#### ADRESSE DE RETOUR (après l'école) :

Adresse \_\_\_\_\_

Besoins particuliers, précisez :

\_\_\_\_\_

Personne(s) à contacter en cas d'urgence :

\_\_\_\_\_

Nom

\_\_\_\_\_

téléphone à domicile

\_\_\_\_\_

téléphone cellulaire

\_\_\_\_\_

Nom

\_\_\_\_\_

téléphone à domicile

\_\_\_\_\_

téléphone cellulaire

## AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE SOINS MÉDICAUX EN CAS D'URGENCE - OBLIGATOIRE

Les données personnelles sur ce formulaire sont recueillies en vertu de la section 33 c) de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée (FOIPP). Cette information ne sera utilisée que pour l'administration du traitement médical décrit ci-dessous. Si vous avez des questions concernant la cueillette ou l'utilisation de ces données, veuillez communiquer avec la trésorière du Conseil scolaire du Nord-Ouest au 780 624-8855.

### INFORMATION

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie de l'élève : \_\_\_\_\_

### COORDONNÉES DU PARENT/TUTEUR

Nom du parent/tuteur) : \_\_\_\_\_

Adresse (description légale) : \_\_\_\_\_

Téléphone : Maison \_\_\_\_\_

Travail (mère) \_\_\_\_\_

Cellulaire (mère) \_\_\_\_\_

Travail (père) \_\_\_\_\_

Cellulaire (père) \_\_\_\_\_

### AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse (description légale) : \_\_\_\_\_

### AUTORISATION DU PARENT

Je, \_\_\_\_\_, autorise le personnel de l'école

Nom du parent/tuteur

Nom de l'école

à administrer des soins médicaux d'urgence ou à faire appel à des soins ambulanciers pour mon enfant :

Nom de l'enfant

Démarches en cas d'accident/d'urgence par l'éducatrice/aide-éducatrice :

1. Administre les premiers soins.
2. Appelle les soins ambulanciers (911)
3. Communique avec le parent ou la personne à contacter en cas d'urgence

Date

Signature des parents/tuteurs

## DEMANDE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS OU DE SOINS MÉDICAUX

*Les données personnelles sur ce formulaire sont recueillies en vertu de la section 33 c) de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée (FOIPP). Cette information ne sera utilisée que pour l'administration du traitement médical décrit ci-dessous. Si vous avez des questions concernant la cueillette ou l'utilisation de ces données, veuillez communiquer avec la trésorière du Conseil scolaire du Nord Ouest au 780 624-8855.*

### INFORMATION

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie de l'enfant : \_\_\_\_\_

Établissement médical désigné/hôpital / nom du médecin  
en cas d'urgence avec numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

### COORDONNÉES DU PARENT/TUTEUR

Nom \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ parent/tuteur \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_ (description  
légale) : \_\_\_\_\_

Téléphone : Maison \_\_\_\_\_

Travail (mère) \_\_\_\_\_

Cellulaire (mère) \_\_\_\_\_

Travail (père) \_\_\_\_\_

Cellulaire (père) \_\_\_\_\_

### AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse (description légale) : \_\_\_\_\_

### DEMANDE DU PARENT

Je, \_\_\_\_\_, autorise le personnel de l'école \_\_\_\_\_  
Nom du parent/tuteur Nom de l'école

à administrer des soins médicaux ou des médicaments à : \_\_\_\_\_  
Nom de l'enfant

Nom du médicament à administrer	Dose	Fréquence
<input type="checkbox"/> Copie de l'information pharmacologique (description et effets secondaires) fournie à l'école		

Nom du médicament à administrer	Dose	Fréquence
<input type="checkbox"/> Copie de l'information pharmacologique (description et effets secondaires) fournie à l'école		

Date \_\_\_\_\_ Signature des parents/tuteurs \_\_\_\_\_



## ANNEXE E

### MÉTHODE DE PAIEMENT - OBLIGATOIRE

*Veillez remplir la partie qui s'applique à l'école où votre enfant est inscrit.*

#### **École Héritage : 4 demi-journées par semaine / 800 \$ pour l'année**

- J'ai joint à cette demande un versement non remboursable de 100 \$. (**Obligatoire**)

Pour le paiement de la solde de 700 \$ du cout d'inscription, **veuillez choisir une des options suivantes :**

- J'ai joint à cette demande un versement de 700 \$ pour payer la solde du cout d'inscription.
- J'ai joint à cette demande des versements (minimum 100 \$ par mois daté au 1<sup>er</sup> du mois, commençant en septembre) pour la solde du cout d'inscription.
- Je m'engage à livrer un mandat de poste ou bancaire (minimum 100 \$ par mois, commençant en septembre) le 1<sup>er</sup> jour de chaque mois pour payer la solde du cout d'inscription.

#### **École des Quatre-Vents : 4 demi-journées par semaine / 800 \$ pour l'année**

- J'ai joint à cette demande un versement non remboursable de 100 \$. (**Obligatoire**)

Pour le paiement de la solde de 700 \$ du cout d'inscription, **veuillez choisir une des options suivantes :**

- J'ai joint à cette demande un versement de 700 \$ pour payer la solde du cout d'inscription.
- J'ai joint à cette demande des versements (minimum 100 \$ par mois daté au 1<sup>er</sup> du mois, commençant en septembre) pour la solde du cout d'inscription.
- Je m'engage à livrer un mandat de poste ou bancaire (minimum 100 \$ par mois, commençant en septembre) le 1<sup>er</sup> jour de chaque mois pour payer la solde du cout d'inscription.

#### **École Nouvelle Frontière : 5 demi-journées par semaine / 1 000 \$ pour l'année**

- J'ai joint à cette demande un versement non remboursable de 100 \$. (**Obligatoire**)

Pour le paiement de la solde de 900 \$ du cout d'inscription, **veuillez choisir une des options suivantes :**

- J'ai joint à cette demande un versement de 900 \$ pour payer la solde du cout d'inscription.
- J'ai joint à cette demande des chèques postdatés (minimum 100 \$ par mois daté au 1<sup>er</sup> du mois, commençant en septembre) pour payer la solde de 900 \$ du cout d'inscription.
- Je m'engage à livrer un mandat de poste ou bancaire (minimum 100 \$ par mois, commençant en septembre) le 1<sup>er</sup> jour de chaque mois pour payer la solde du cout d'inscription.

\_\_\_\_\_  
Nom de l'enfant

\_\_\_\_\_  
Nom du parent / tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

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

## AUTORISATION DES COMMUNICATIONS PAR MESSAGES ÉLECTRONIQUES

La nouvelle Loi canadienne anti-pourriel\*(LCAP) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2014. Depuis, nous n'avons plus la possibilité de vous envoyer des communications électroniques qui pourraient être de nature « commerciale », sans votre autorisation. (\*Pour plus de renseignements visitez le site Web : <http://fightspam.gc.ca/eic/site/030.nsf/fra/accueil>)

Afin de faciliter la communication au sein de la communauté scolaire, le Conseil scolaire du Nord-Ouest (CSNO) et l'école désirent communiquer avec vous par **messages électroniques**. Ces communications seront envoyés par l'école (et à l'occasion, par la direction ou un membre du personnel) et pourront inclure : communiqués, calendriers, invitations, messages importants, formulaires, etc. Ces renseignements seront aussi disponibles sur le site Web de l'école.

**Puisque ces communications peuvent parfois contenir des offres diverses, des annonces ou des événements liés à la vie scolaire ayant une composante financière, nous devons obtenir votre consentement afin de communiquer avec vous par message électronique.**

VEUILLEZ COMPLÉTER ET INCLURE CE FORMULAIRE AVEC LA FICHE D'INSCRIPTION

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Nom du/des parents :

---

---

S.V.P., cochez l'une des options suivantes :

- Je consens à recevoir par message électronique des communications, lesquelles comprennent des nouvelles, des mises à jour et des promotions concernant les activités de l'école et du CSNO à cette(ces) adresse(s) courriel(s) :

1.

---

2.

---

3.

---

N.B. Ce consentement est valide jusqu'à ce que vous retiriez votre consentement.  
**Il sera possible de retirer votre consentement à tout moment.**

- Je ne consens pas à recevoir de messages électroniques de l'école.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date