

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 PRÉNOM DE LA MÈRE/TUTRICE 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 E)

_____ Téléphone : _____ / _____ / _____
NOM ET PRÉNOM 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 E)

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 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 F.

NB - Si vous faites une demande d'admission exceptionnelle, ne remplir l'Annexe F et payer que lorsque votre demande aura été acceptée.

- J'ai rempli et joint le Formulaire « Méthode de paiement ». Voir **Annexe F (OBLIGATOIRE)**
- Je fais une demande d'admission exceptionnelle.

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)

Veillez lire attentivement avant de signer le formulaire d'inscription de l'élève

Depuis le 1^{er} 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^e année.

Pour les **petits de la prématernelle**, le service sera disponible seulement aux enfants qui ont 3 ½ ans au 1^{er} 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.

*** Pour de plus amples renseignements concernant les principes directeurs du transport scolaire (frais, lieux et heures d'embarquement, responsabilités, etc.) veuillez SVP consulter la directive administrative 560, Transport scolaire, sur le site du Conseil scolaire : www.csno.ab.ca.**

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

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		
<input type="checkbox"/> Copie de l'information pharmacologique (description et effets secondaires) fournie à l'école		

Date _____ **Signature des parents/tuteurs** _____

AUTORISATION DES COMMUNICATIONS PAR MESSAGES ÉLECTRONIQUES

La Loi canadienne antipourriel(LCAP) est entrée en vigueur le 1^{er} 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 : fightspam.gc.ca)

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 envoyées par l'école (et à l'occasion, par la direction ou un membre du personnel ou le conseil scolaire) et pourront inclure : communiqués, calendriers, invitations, messages importants, formulaires, annonces, etc.

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 remplir le formulaire suivant et l'inclure 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

Plus de renseignements : Conseil scolaire du Nord-Ouest N°1
CP 1220 Saint-Isidore (Alberta) T0H 3B0
Téléphone : 780 624-8855 / Sans frais: 1 866 624-8855 www.csno.ab.ca

ANNEXE F - OBLIGATOIRE*

MÉTHODE DE PAIEMENT

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

(*NB – Pour les demandes exceptionnelles, veuillez soumettre l'Annexe F et votre paiement seulement lorsque la demande est approuvée.)

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^{er} 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^{er} 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^{er} 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^{er} 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^{er} 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^{er} 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