

FICHE D'INSCRIPTION - SERVICE DE GARDE FRANCOFUN

École Nouvelle Frontière : matin ou/et après-midi

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) _____/_____/_____

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 B (OBLIGATOIRE)

PARENT(S)/TUTEUR(S)

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

MÈRE/TUTEURE

NOM ET PRENOM DE LA

Téléphone : _____/_____/_____
à domicile / au travail / cellulaire

Courriel : _____

Adresse même que l'enfant OU :

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

Description de l'adresse légale : _____

PÈRE/TUTEUR

_____ Téléphone : _____ / _____ / _____
à domicile / au travail / cellulaire

NOM ET PRENOM

Courriel : _____

Adresse même que l'enfant OU :

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

Description de l'adresse légale : _____

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 : _____ / _____ / _____
à domicile / au travail / cellulaire

Nom et prénom du contact

Relation avec l'enfant : _____

Description légale de la résidence : _____

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.

PAIEMENT

Le programme de service de garde est offert par l'École Nouvelle-Frontière à un cout abordable pour les parents. **Le cout est 80\$ pour les matins, 145\$ pour les après-midis et 215\$ pour les deux.** Le paiement doit être fait avant le 5 de chaque mois. Les chèques doivent être faits au nom de l'École Nouvelle-Frontière.

Les renseignements personnels sont recueillis sous l'autorité de l'article 56 de la Education Act de l'Alberta et en conformité à l'article 33c 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 » (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.

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^{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 56 de la Education Act de l'Alberta, en conformité à l'article 33c 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

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 secrétaire générale 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 secrétaire générale 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
---------------------------------	------	-----------

Copie de l'information pharmacologique (description et effets secondaires) fournie à l'école

Nom du médicament à administrer	Dose	Fréquence
---------------------------------	------	-----------

Copie de l'information pharmacologique (description et effets secondaires) fournie à l'école

Date

Signature des parents/tuteurs