



Formulaire d'inscription

Conseil scolaire de district des
écoles catholiques du Sud-Ouest

Réservé à l'école

ÉCOLE
DATE D'ADMISSION
NIVEAU

Nom		Prénom(s)		Nom utilisé		Sexe	
Date de naissance (AM/J) / /		Religion _____		Cert. de naissance		<input type="checkbox"/>	
N° de carte de santé		Église de baptême _____		Baptistaire		<input type="checkbox"/>	
		Paroisse fréquentée _____		Autre		<input type="checkbox"/>	
Rue		App.		Ville		Code postal	
Téléphone		N° de lot		N° de Plan - Concession		Municipalité	
Lieu de naissance				Statut juridique: <input type="checkbox"/> Citoyenneté canadienne (sinon indiquer la date d'arrivée)			
Première langue parlée et comprise				<input type="checkbox"/> Résident(e) en permanence			
				<input type="checkbox"/> Étudiant(e) de Visa			
				<input type="checkbox"/> Autre (Spécifier) _____ Date d'arrivée: _____			
École fréquentée							
Garde d'enfant(s)		D - Partagée M - Mère P - Père		Demeure avec:		D - Partagée M - Mère P - Père	
<input type="checkbox"/>		T - Tuteur ou tutrice I - Indépendant(e)		<input type="checkbox"/>		T - Tuteur ou tutrice I - Indépendant(e)	
Nom		Religion		Lieu de travail		Tél. - travail	
Tél. - domicile							
Père							
Mère							
Tuteur/ Tutrice							
Veuillez compléter si votre adresse est différente de celle de l'élève							
Rue		App.		Ville		Code Postal	
Soutien les écoles séparées		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>					
Médecin						Téléphone	
Dentiste						Téléphone	
Contact en cas d'urgence (autre que parents/tuteur/tutrice)		Nom Adresse		Lien de parenté		Téléphone	
Intérêts spéciaux:							
Information sur les autres enfants		Noms		Date de naissance		École	
				A - M - J			
				A - M - J			
				A - M - J			
Date complétée		Signature de la direction			Signature de l'élève		