



Collège Louis-Riel

Collège Louis-Riel

585, rue Saint-Jean-Baptiste Winnipeg (Manitoba) R2H 2Y2

Téléphone : (204) 237-8927
Courriel : louis.riel@dsfm.mb.ca

Télécopieur : (204) 235-0139
Site web : <http://clr.dsfm.mb.ca>



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Niveau scolaire: _____

Nom de famille :	Prénom(s) :
Date de naissance (jour/mois/année) :	Sexe (M/F) :

Adresse postale :			
Adresse légale :			
Section/Canton/Rang :	911 :		
Municipalité :	Transport requis :	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Nom de la dernière école à laquelle votre enfant était inscrit :
--

Garde légale de l'enfant : Parents Un parent exclusivement Tuteur

S'il y a une ordonnance d'un tribunal ou tout autre document légal portant sur la garde ou la tutelle de l'élève, une copie de ce document doit être remise à la direction de l'école et placée dans le dossier scolaire de l'élève.

Existe-t-il un tel document? : Oui Non

Langues parlées le plus fréquemment à la maison :

Français Anglais Français et anglais également Autres : _____

PARENT <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père	Prénom et nom :		
Domicile :	Cellulaire :	Bureau :	
Courriel :	Parle français :	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
* si différente de celle de l'enfant			
Adresse postale :			
Adresse légale :			
Section/Canton/Rang :	911 :		
Transport requis :	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

PARENT		<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	Prénom et nom :	
Domicile :		Cellulaire :		Bureau :	
Courriel :				Parle français : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
* si différente de celle de l'enfant					
Adresse postale :					
Adresse légale :					
Section/Canton/Rang :				911 :	
Transport requis :		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		

Tuteur Légal		Prénom et nom :			
Domicile :		Cellulaire :		Bureau :	
Courriel :				Parle français : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
* si différente de celle de l'enfant					
Adresse postale :					
Adresse légale :					
Section/Canton/Rang :				911 :	
Transport requis :		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		

Champ d'identité autochtone : Le ministère cherche à appuyer la formation des élèves de souche autochtone. Afin d'atteindre cet objectif et de mieux planifier nos programmes scolaires, nous vous invitons à compléter le tableau ci-dessous quant à votre descendance autochtone, s'il y a lieu.

Premières Nations Métis Inuit

Vous pouvez aussi cocher jusqu'à deux identités culturelles et linguistiques autochtone parmi les choix suivants :

Dené (Savisi) Dakota Oji-Cri Anishinaabe (Ojibway et Sauteaux)

Michif Inuktitut Ininiw Autochtone - Autre (précisez) : _____

**En cas d'urgence, si l'école ne peut pas rejoindre les parents/tuteurs,
SVP communiquer avec :**

Contact d'urgence n° 1	Nom :	
Domicile :	Cellulaire :	Bureau :
Autre :	Courriel :	
Lien avec la famille de l'enfant :		

Contact d'urgence n° 2	Nom :	
Domicile :	Cellulaire :	Bureau :
Autre :	Courriel :	
Lien avec la famille de l'enfant :		

Contact d'urgence n° 3	Nom :	
Domicile :	Cellulaire :	Bureau :
Autre :	Courriel :	
Lien avec la famille de l'enfant :		

Gardien.ne	Nom :				
Adresse :	Transport requis :	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Domicile :	Cellulaire :	Bureau :			
Autre :	Courriel :				

Est-ce que votre enfant est l'ainé.e de la famille ?

Oui

Non

Prénoms des frères et sœurs d'âge scolaire et préscolaire		
Prénom	Genre	Date de naissance (jour/mois/année)

Acceptez-vous que votre nom et numéro de téléphone soient communiqués au comité scolaire de l'école?

Oui

Non

Acceptez-vous que votre nom et numéro de téléphone soient communiqués à la coordonnatrice du CPEF?

Oui

Non

Santé

No d'identification personnelle de votre enfant (9 chiffres) :
No d'immatriculation de Santé Manitoba de la famille (6 chiffres) :
Est-ce que votre enfant souffre d'allergies? Si oui, précisez :
Est-ce que votre enfant souffre d'une condition médicale? Si oui, précisez :
Contraintes alimentaires? Si oui, précisez :

Si votre enfant doit prendre des médicaments, référez-vous à la directive administrative **PROGSAE-03** et remplissez le formulaire **PROGSAE- 03b** (disponible au secrétariat de l'école).

Est-ce que votre enfant doit porter un auto-injecteur Epi-pen sur lui/elle en tout temps?

Oui

Non

Est-ce que votre enfant a un plan de santé URIS?

Oui

Non

Avis aux parents

Il incombe aux parents de prévenir l'école de tout changement dans l'information rapportée ci-dessous. En mettant cette information à la disposition de l'école, il sera possible d'agir dans le meilleur intérêt de l'enfant.

Je soussigné, _____ inscrit mon enfant, _____ reconnaissant que cette école est une école française. Par conséquent, je m'engage à coopérer pleinement aux objectifs de l'école, c'est-à-dire de communiquer en tout temps en français et de participer aux activités de cette école afin d'enrichir l'identité culturelle française de mon enfant.

Mission

Assurer l'épanouissement de chaque apprenante et apprenant
dans une perspective d'inclusion et de respect
au profit de la communauté franco-manitobaine d'aujourd'hui et de demain.

Apprendre et grandir ensemble