



**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION  
À UNE ÉCOLE INTERMÉDIAIRE  
7<sup>e</sup> – 8<sup>e</sup> année**

**RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION**

Preuve de naissance :  Oui  Non    Papiers d'immigration :  Oui  Non    École antérieure : \_\_\_\_\_  
 Transport :  Oui  Non    Comité d'admission :  Oui  Non    \_\_\_\_\_  
 Laissez-passer     Autobus jaune    \_\_\_\_\_  
 No. téléphone \_\_\_\_\_

Date d'entrée à l'école :    /    /       Niveau : \_\_\_\_\_    Programme de concentration : \_\_\_\_\_

L'élève a-t-il fait l'objet d'un renvoi d'une autre école?  Oui  Non     PEI     PANA     ALF

**Étapes à compléter :**     Trillium complété     DSO demandé     Formulaire de transport rempli

**COMMENT AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DE NOTRE ÉCOLE?**

Évènement	Publicité	Internet	Référence	Programme	Service	Partenaire
<input type="checkbox"/> Foire <input type="checkbox"/> Kiosque <input type="checkbox"/> Activité communautaire <input type="checkbox"/> Évènement en Particulier	<input type="checkbox"/> Journaux et magazines <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Télévision <input type="checkbox"/> Panneau géant <input type="checkbox"/> Publipostage	<input type="checkbox"/> Site CEPEO <input type="checkbox"/> Site école <input type="checkbox"/> Site elfontario.ca <input type="checkbox"/> Site ecolesontario.ca <input type="checkbox"/> Moteur de recherche <input type="checkbox"/> Médias sociaux	<input type="checkbox"/> Membre de famille <input type="checkbox"/> Collègue <input type="checkbox"/> Ami(e) <input type="checkbox"/> Voisin	<input type="checkbox"/> Baccalauréat int. <input type="checkbox"/> Concentration Arts-Sports-Études <input type="checkbox"/> Centre d'excellence artistique <input type="checkbox"/> Concentration Sport-Études <input type="checkbox"/> Éco-Responsable (ISO 14000)	<input type="checkbox"/> Centre éducatif de la petite enfance du CEPEO <input type="checkbox"/> Services parascolaires	<input type="checkbox"/> Garderie <input type="checkbox"/> CPE <input type="checkbox"/> Centre communautaire <input type="checkbox"/> Agent d'immeuble <input type="checkbox"/> Autres spécifiez _____

**ÉLÈVE**

\_\_\_\_\_  
**Nom de famille** (selon l'acte de naissance)    **Prénom** (selon l'acte de naissance)    **Sexe**    **Date de naissance (A/M/J)**

\_\_\_\_\_  
**No. / Adresse résidence**    **Casier postal**    **App.**    **Code postal**    **No. de téléphone**

**Première langue**    **Parlée à la maison**    **Langue principale à la maison**  
 Français           
 Anglais           
 Autres           
 Préciser : \_\_\_\_\_

**Frère / sœur qui fréquentent notre conseil :**  Oui  Non

**Si oui, veuillez inscrire leur(s) nom(s) et leur(s) années d'études**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Condition médicale** (allergie, maladie, médicament, épipen)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**STATUT**

- a) canadien     g) ambassade, agent diplomatique  
 b) citoyen canadien     h) -21 d'un parent permis de travail ou d'études  
 c) résident permanent     i) +21 permis études (visa)  
 d) réfugié     j) -21 permis études (visa)  
 e) demandeur d'asile     k) -21 d'un parent résident temporaire (visiteur)  
 f) enfant de diplomate

**ÉLÈVE AUTOCHTONE**

Premières Nations     Métis     Inuit

**Né(e) au Canada :**

**Province :** \_\_\_\_\_

**Si le pays de naissance n'est pas le Canada, indiquer :**

**Pays de naissance :** \_\_\_\_\_

**Date d'arrivée au Canada :** \_\_\_\_\_

**Date d'arrivée en Ontario :** \_\_\_\_\_

**Dernier pays de résidence avant le Canada :** \_\_\_\_\_

## SCOLARISATION

L'élève a-t-il fréquenté une école en Ontario :  Oui  Non

Si oui, nombre total d'années passées à l'école: \_\_\_\_\_

Commencer par la dernière école fréquentée en Ontario en complétant le tableau ci-dessous

ANNÉE	NIVEAU	ÉCOLE	VILLE	PAYS

## CONTACTS DE L'ÉLÈVE

MÈRE  PÈRE  TUTEUR/TUTRICE

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Même adresse que l'élève

Adresse complète si différente de l'élève \_\_\_\_\_

Téléphone (maison) : \_\_\_\_\_

Téléphone (bureau) : \_\_\_\_\_

Téléphone (cellulaire) : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

L'élève demeure avec :

- Les deux parents  Garde partagée\*  
 Le père seulement\*  La mère seulement\*  
 Tuteur/tutrice\*

\*Document légal à l'appui, obligatoire dans les cas indiqués

Lieu de naissance \_\_\_\_\_ Langue parlée \_\_\_\_\_

STATUT :  Citoyen canadien  Résident permanent  
 Réfugié  Autre (préciser) \_\_\_\_\_

Accès au dossier de l'élève \_\_\_\_\_ Droit de garde \_\_\_\_\_  
 Oui /  Non  Oui /  Non

MÈRE  PÈRE  TUTEUR/TUTRICE

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Même adresse que l'élève

Adresse complète si différente de l'élève \_\_\_\_\_

Téléphone (maison) : \_\_\_\_\_

Téléphone (bureau) : \_\_\_\_\_

Téléphone (cellulaire) : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

L'élève demeure avec :

- Les deux parents  Garde partagée\*  
 Le père seulement\*  La mère seulement\*  
 Tuteur/tutrice\*

\*Document légal à l'appui, obligatoire dans les cas indiqués

Lieu de naissance \_\_\_\_\_ Langue parlée \_\_\_\_\_

STATUT :  Citoyen canadien  Résident permanent  
 Réfugié  Autre (préciser) \_\_\_\_\_

Accès au dossier de l'élève \_\_\_\_\_ Droit de garde \_\_\_\_\_  
 Oui /  Non  Oui /  Non

## URGENCE (autre que les parents)

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Même adresse que l'élève

Adresse complète \_\_\_\_\_ Lien avec l'élève \_\_\_\_\_

No. de téléphone (maison) \_\_\_\_\_ No. de téléphone (bureau) \_\_\_\_\_ No. de téléphone (cellulaire) \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

## TRANSPORT

Embarquement (matin) :  De la maison  Autres précisez : \_\_\_\_\_

Débarquement (soir) :  À la maison  Autres précisez : \_\_\_\_\_

Après les classes, l'élève retourne :  À la maison  Autres précisez : \_\_\_\_\_

## ÉLÈVES AYANT DES BESOINS SPÉCIAUX

Veillez indiquer si votre enfant a des besoins particuliers et possède des difficultés en raison d'une des anomalies suivantes.

Ces informations nous permettront de déterminer si votre demande doit être soumise à une évaluation du dossier par le service aux élèves ayant des besoins particuliers afin d'identifier le meilleur placement possible pour vous. Dans tel cas, veuillez s'il vous plaît acheminer les résultats d'évaluations et les diagnostics réalisés par un professionnel à la direction de l'école afin que nous soyons mieux à même d'évaluer vos besoins.

Mon enfant possède des besoins particuliers selon les résultats d'une évaluation professionnelle :  oui  non

**Mon enfant possède la ou les anomalies suivantes :**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage   | <input type="checkbox"/> Troubles de langage ou de la parole | <input type="checkbox"/> Autisme                          |
| <input type="checkbox"/> Surdité                   | <input type="checkbox"/> Douance                             | <input type="checkbox"/> D ficiency intellectuelle légère |
| <input type="checkbox"/> Handicap de développement | <input type="checkbox"/> Handicap physique                   | <input type="checkbox"/> Cécité et basse vision           |

Vous pouvez accéder au Plan des programmes et services pour élèves ayant des besoins particuliers du CEPEO à l'adresse suivante : [http://www.cepeo.on.ca/wp-content/uploads/2016/08/Plan-des-programmes-et-services-SEABP\\_16-17.pdf](http://www.cepeo.on.ca/wp-content/uploads/2016/08/Plan-des-programmes-et-services-SEABP_16-17.pdf)  
Ce Plan contient entre autres le processus détaillé du comité d'identification, de placement et de révision (CIPR).

### CONSENTEMENT (en signant ce formulaire le consentement est donné)

1. Je consens à ce que les renseignements d'ordre pédagogique, psychologique, médical ou autres soient transmis au Conseil des écoles publiques de l'Est de l'Ontario par le conseil dont relève présentement mon enfant (dont je relève) afin de mieux effectuer son (mon) placement.
2. J'autorise l' cole à administrer à mon enfant mineur, les tests standardisés prescrits par le Conseil des écoles publiques de l'Est de l'Ontario.
3. *La nouvelle Loi canadienne anti-pourriel C-28 est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2014, nous souhaitons obtenir votre signature de consentement pour que vous continuiez à recevoir des communications par courrier électronique du CEPEO et de l' cole de votre enfant.*

\_\_\_\_\_  
Signature de consentement du parent/du tuteur/de la tutrice/élève adulte

Date : \_\_\_\_\_  
                  jour/ mois / année

### **N.B. Le placement final demeure la responsabilité de la direction de l' cole.**

Les renseignements contenus dans ce formulaire sont recueillis en vertu de la Loi sur l'éducation et de la Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée. Ces renseignements seront utilisés par le personnel administratif et le personnel des écoles. Toute requête au sujet de cette collecte de renseignements devrait être adressée au Directeur de l'éducation du Conseil des écoles publiques de l'Est de l'Ontario, à l'adresse suivante :

**2445, boul. St. Laurent, Ottawa (ON) K1G 6C3**

Signature du parent/tuteur/élève adulte : \_\_\_\_\_ Signature de la direction : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**S.V.P. avertir le secrétariat de l' cole de tout changement au cours de l'année**