



**L'école des Voyageurs**

8736 – 216<sup>e</sup> rue, Langley  
Colombie-Britannique, V1M 2X9  
Téléphone : 604.881.0222

**Conseil scolaire francophone de la Colombie-Britannique**

# **École des Voyageurs**

**Formulaire d'inscription 2018-2019**

## **Information d'inscription de l'élève / *Student enrollment information***

Nom/*Last name* :

Prénom/*First name* :

Autre/*Middle name* :

Date de naissance/*Birth date*(dd/mm/yyyy) :

Lieu de naissance/*Birth place* :

Niveau/*Grade*:

Sexe/*Gender* :

Adresse/*Address* :

## **Information concernant l'élève / *Student demographic information***

Nom du parent ou tuteur/*Parent or legal guardian* :

Nom du parent ou tuteur/*Parent or legal guardian* :

Parle français/*Speak french* :

oui/yes      non/no

Parle français/*Speak french* :

oui/yes      non/no

Adresse/*Address* :

Si différente de l'enfant/*if different from child's*

Adresse/*Address* :

Si différente de l'enfant/*if different from child's*

Code postal/*Postal code* :

Code postal/*Postal code* :

**Numéros de téléphone/*Phone numbers***

Maison/*Home* :

Cellulaire/*Mobile* :

Travail/*Work* :

**Numéros de téléphone/*Phone numbers***

Maison/*Home* :

Cellulaire/*Mobile* :

Travail/*Work* :

**Information concernant l'élève / Student demographic information - suite**

Langue principale parlée à la maison/*Primary language spoken at home* :

Élève vit avec/*Student lives with* :

Origine autochtone/*Aboriginal ancestry* :                    oui/yes                    non/no                    non-status/*non-status*

Nom et adresse de la dernière école(*Name and address of last school attended*) :

**Personnes à contacter / Student contact information**

Si nous devons vous contacter pour motiver une absence ou si votre enfant est malade, veuillez indiquer ci-dessous le nom et le numéro de téléphone de la personne la plus facile à rejoindre. /*Please indicate below the name and phone number of the person the easiest to reach in case of an absence or if your child is sick* :

Nom/*Name* :

1

En cas d'urgence, si nous n'arrivons pas à vous rejoindre, veuillez indiquer le nom et numéro de téléphone des personnes à contacter ci-dessous. /*In case of emergency, if we cannot reach you, please indicate below the names and phone numbers of persons we can contact.*

**Contact d'urgence #1/*Emergency contact #1***

**Contact d'urgence #3/*Emergency contact #3***

Lien avec l'enfant/*Relationship with child*

Lien avec l'enfant/*Relationship with child*

Parle français/*Speak french* :    oui/yes                    non/no

Parle français/*Speak french* :    oui/yes                    non/no

Maison/*Home* :

Maison/*Home* :

Cellulaire/*Mobile* :

Cellulaire/*Mobile* :

Travail/*Work* :

Travail/*Work* :

**Contact d'urgence #2/*Emergency contact #2***

**Contact d'urgence #4/*Emergency contact #4***

Lien avec l'enfant/*Relationship with child*

Lien avec l'enfant/*Relationship with child*

Parle français/*Speak french* :    oui/yes                    non/no

Parle français/*Speak french* :    oui/yes                    non/no

Maison/*Home* :

Maison/*Home* :

Cellulaire/*Mobile* :

Cellulaire/*Mobile* :

Travail/*Work* :

Travail/*Work* :

**Information médicale (confidentiel) / Confidential medical information**

# BC Service Card :

Médecin de famille / *Family doctor* :

Nom/Name :

Ⓛ

Problème de vue/*Vision problem* :

oui/yes      non/no

Nature du problème/*Nature of the problem* :

Appareil auditif/*Hearing aid* :

oui/yes      non/no

Nature du problème/*Nature of the problem* :

Allergies/*Allergies* :      oui/yes      non/no

Épipen/*Epipen* :      oui/yes      non/no

Si oui, spécifiez / *if yes, specify* :

Besoin de traitement, spécifiez / *Needs treatment, specify* :

Asthme/*Asthma* :      oui/yes      non/no

Liste des médicaments/*List of medications*

Traitement d'urgence/*Emergency treatment* :

Diabète /*Diabetes* :      oui/yes      non/no

Besoin d'insuline/*Needs insulin* :      oui/yes      non/no

Epilepsie/*Epilepsy* :      oui/yes      non/no

Type d'épilepsie/*Epilepsy type* :

Besoin de médication/*Needs medication* :      oui/yes      non/no

Liste des médicaments/*List of medications* :

Condition cardiaque/*Heart condition* :

oui/yes      non/no

Nature du problème / *Nature of the problem* :

Restrictions dans les activités physiques/*Physical activity limit* :

Autres/*Other*, Précisez/*Specify* :

**Liste des documents à retourner/apporter à l'école – List of documents to return or bring to school**

Formulaire d'inscription/*Student enrolment information*

Formulaire d'admissibilité au Conseil scolaire francophone de la Colombie-Britannique /*Conseil scolaire francophone de la Colombie-Britannique Eligibility Form*

Formulaire de consentement photo et enregistrement vidéo et audio/*Photographs, video and audio recording consent form*

Formulaire de consentement à l'utilisation de votre courriel/*Consent to use your email form*

**N'oubliez d'apporter avec vous les documents suivants (nous ferons nous-mêmes les copies)**

Statut au Canada de l'enfant (Certificat de naissance l'enfant / Passeport / Carte de citoyenneté canadienne / Carte de résidence permanence / Autre) / *Child Canadian Status (Birth certificat / Passport / Canadian Citizen Card / Permanent Residency Card / Other)*

Statut au Canada d'un des parents (Certificat de naissance / Passeport / Carte de citoyenneté canadienne / Carte de résidence permanence / Autre) *Parents Canadian Status (Birth certifca / Passport / Canadian Citizen Card / Permanent Residency Card / Other)*

Preuve de tutelle (Certificat de naissance avec noms des parents / Relevé d'impôts avec enfants déclarés / Ordonnance de la cours / Autre)

Pièce d'identité avec photo de la mère et du père / *Both parents' identity card with photo*

BC Services Card (*Carecard*)

Preuve de résidence (contrat de location ou d'achat / permis de conduire / factures d'un service publique \* 2 pièces) / Autre) *Proof of residency (Renting or house contract / Driver's licence / Public service invoice \* 2 pieces)*

Carnet de vaccinations / *immunisation records*

Signature du parent : \_\_\_\_\_

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

Signature de la secrétaire : \_\_\_\_\_

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

Signature de la direction : \_\_\_\_\_

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