



CONSEIL SCOLAIRE DE DISTRICT CATHOLIQUE  
des **Aurores boréales**

# Formulaire d'inscription de l'élève

**École catholique Franco-Terrace**  
C.P. 728 – 17, rue Cartier  
Terrace Bay ON P0T 2W0  
Tél. : (807) 825-9756 Téléc. : (807) 825-9482

## Espace réservé à l'administration :

Date d'admission : _____	Citoyenneté : <input type="checkbox"/> Autochtone <input type="checkbox"/> Citoyen canadien <input type="checkbox"/> Élève avec visa <input type="checkbox"/> Immigrant reçu <input type="checkbox"/> Réfugié	Vérification d'âge : (copie requise) <input type="checkbox"/> Certificat de naissance <input type="checkbox"/> Certificat de baptême <input type="checkbox"/> Documents d'immigration, passeport <input type="checkbox"/> Enregistrement de naissance <input type="checkbox"/> Carte santé	Sacrements reçus : <input type="checkbox"/> Baptême Paroisse : _____ <input type="checkbox"/> Réconciliation <input type="checkbox"/> Première communion <input type="checkbox"/> Confirmation
--------------------------	--	---	---

## Renseignements concernant l'élève :

Nom légal : _____			
Nom de famille		Prénom	Second prénom
Nom utilisé : _____			
Nom de famille		Prénom	Second prénom
Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>		Date de naissance : Mois _____ Jour _____ Année _____	
L'élève est catholique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Langue maternelle : _____ Langue parlée au foyer : _____	
Frère/sœur à l'école : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Nom(s) : _____	
L'élève est admis par un comité d'admission : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Admis le : Mois _____ Jour _____ Année _____	
Numéro de carte santé (inclure version) : _____		Allergie(s) : _____	
Renseignements d'alerte médicale ou d'invalidité : _____			
_____			
Adresse de la résidence : _____			
Numéro		Nom de la rue	Ville Code postal
Boîte postale : _____			
Numéro		Ville	Code postal
N° de téléphone au domicile : _____ Non publié <input type="checkbox"/>			
Si le pays d'origine est différent du pays de résidence, veuillez remplir la partie ci-après :			
Pays de naissance : _____		Dernier pays de résidence : _____	
Pays de citoyenneté : _____		Statut au pays de résidence : _____	
Date d'arrivée : _____		Date d'expiration : _____	

## Renseignements à l'égard de l'école précédente :

École précédente : _____		N° de téléphone : _____	
Adresse de l'école : _____			
Numéro		Nom de la rue	Ville Code postal
Langue d'enseignement : _____		Dernier jour de classe : _____	
Dernière année d'étude : _____		Raison du transfert : _____	

**Renseignements au sujet de la mère/tutrice :**

Nom : _____					
Titre	Prénom	Second prénom	Nom de famille		
Relation par rapport à l'élève : _____			Lieu de travail : _____		
Priorité des contacts d'urgence (1=haute, 3=basse) : 1 2 3			Langue usuelle : _____		
N° de téléphone au domicile : _____			N° de téléphone au bureau : _____		
N° de téléphone cellulaire : _____			Courriel : _____		
Tuteur <input type="checkbox"/> Garde légale <input type="checkbox"/> Habite avec l'élève <input type="checkbox"/> Correspondance <input type="checkbox"/> Accès au dossier de l'élève <input type="checkbox"/>			Catholique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Adresse (si différente de celle de l'élève) :					
Numéro	Nom de la rue	N° d'appartement	Ville	Province	Code postal
Contribuable : Catholique français <input type="checkbox"/> Public français <input type="checkbox"/> Catholique anglais <input type="checkbox"/> Public anglais <input type="checkbox"/>					

**Renseignements au sujet du père/tuteur :**

Nom : _____					
Titre	Prénom	Second prénom	Nom de famille		
Relation par rapport à l'élève : _____			Lieu de travail : _____		
Priorité des contacts d'urgence (1=haute, 3=basse) : 1 2 3			Langue usuelle : _____		
N° de téléphone au domicile : _____			N° de téléphone au bureau : _____		
N° de téléphone cellulaire : _____			Courriel : _____		
Tuteur <input type="checkbox"/> Garde légale <input type="checkbox"/> Habite avec l'élève <input type="checkbox"/> Correspondance <input type="checkbox"/> Accès au dossier de l'élève <input type="checkbox"/>			Catholique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Adresse (si différente de l'élève) :					
Numéro	Nom de la rue	N° d'appartement	Ville	Province	Code postal
Contribuable : Catholique français <input type="checkbox"/> Public français <input type="checkbox"/> Catholique anglais <input type="checkbox"/> Public anglais <input type="checkbox"/>					

**Renseignements au sujet d'une personne à contacter en cas d'urgence :**

Nom : _____				Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	
Titre	Prénom	Second prénom	Nom de famille		
Relation par rapport à l'élève : _____			Lieu de travail : _____		
Priorité des contacts d'urgence (1=haute, 3=basse) : 1 2 3			Langue usuelle : _____		
N° de téléphone au domicile : _____			N° de téléphone au bureau : _____		
N° de téléphone cellulaire : _____			Courriel : _____		
Cochez les choix pertinents : Tuteur <input type="checkbox"/> Garde légale <input type="checkbox"/> Habite avec l'élève <input type="checkbox"/> Correspondance <input type="checkbox"/> Accès au dossier de l'élève <input type="checkbox"/>					
Adresse (si différente de l'élève) :					
Numéro	Nom de la rue	N° d'appartement	Ville	Province	Code postal

**Signature du parent/tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_**