



FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

7^e – 8^e année

Année scolaire 2018-2019

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 / 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 ecolesontario.ca <input type="checkbox"/> Moteur de recherche <input type="checkbox"/> Médias sociaux	<input type="checkbox"/> Proximité <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)

Adresse de résidence :

N° civique Rue Ville Casier postal App. Code postal N° 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 : _____

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 plait 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"/> C c t  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
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. *Tous les renseignements personnels crées, conservés ou saisis par le Conseil sont protégés en vertu de la Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée (LAIMPVP) et de la Loi C-28 anti-pourriel. En vertu de cette dernière, nous souhaitons obtenir votre signature en guise de consentement afin que vous puissiez continuer à recevoir des communications par courrier électronique au sujet des services éducatifs offerts par le CEPEO et l' cole que votre enfant fréquentera, fréquente ou a fréquenté.*

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 personnels 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