

**INSCRIPTION DE L'ÉLÈVE – PRÉSCOLAIRE / PRIMAIRE / SECONDAIRE**

**SOC II     SOC III     SOC IV     SOC V     DÉMOSTHÈNE     2017-2018**

Nom de l'élève _____		Prénom de l'élève _____	
Adresse : <input type="checkbox"/> même que père		<input type="checkbox"/> même que mère	
<input type="checkbox"/> autre		Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Date de naissance _____	Lieu de naissance (ville, pays) _____		Citoyenneté de l'élève _____
Langue maternelle _____	Langue parlée à la maison _____		Religion _____
L'école ou la garderie fréquentée en 2016-2017 _____			Classe et groupe de l'année précédente _____
Code permanent _____	Numéro d'assurance-maladie _____		Expiration mm / an _____

Nom de famille du père _____		Prénom du père _____	
Adresse _____		_____	
Numéro _____	Rue _____	Appartement _____	
Ville _____	Code postal _____		
Numéro de téléphone à la maison _____		Numéro de cellulaire _____	
Profession _____	Lieu de travail _____	Numéro de téléphone au travail _____	
Êtes-vous un diplômé de l'École Socrates - Démosthène? _____		Scolarité : _____	
Êtes-vous employé par la CHGM? _____		Si oui, numéro de matricule : _____	
Lieu de naissance (ville, pays) _____		Adresse courriel _____	

Nom de la mère à la naissance _____		Prénom de la mère _____	
Adresse <input type="checkbox"/> même que père		_____	
Numéro _____	Rue _____	Appartement _____	
Ville _____	Code postal _____		
Numéro de téléphone à la maison _____		Numéro de cellulaire _____	
Profession _____	Lieu de travail _____	Numéro de téléphone au travail _____	
Êtes-vous une diplômée de l'École Socrates - Démosthène? _____		Scolarité : _____	
Êtes-vous employée par la CHGM? _____		Si oui, numéro de matricule : _____	
Lieu de naissance (ville, pays) _____		Adresse courriel _____	

Statut matrimonial des parents: Mariés     Séparés     Divorcés     Veuf (ve)     Conjoints de fait

Gardien légal de l'enfant \_\_\_\_\_ Qui est responsable des frais scolaires de l'enfant? \_\_\_\_\_

Le responsable consent à ce que l'Établissement prenne les dispositions nécessaires relatives à la santé de son enfant en cas d'urgence.  
 \_\_\_ OUI \_\_\_ NON Signature : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone d'urgence : \_\_\_\_\_ Personne à contacter : \_\_\_\_\_

Données sur la santé de l'enfant : Allergies : \_\_\_\_\_ Maladies : \_\_\_\_\_

Pour le transport de l'enfant :  
 Adresse le matin : \_\_\_\_\_

Adresse le soir : \_\_\_\_\_

Signature du père : \_\_\_\_\_ Signature de la mère : \_\_\_\_\_

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