

Nom de l'élève : <input style="width: 95%;" type="text"/>		Prénom de l'élève : <input style="width: 95%;" type="text"/>	
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 <input style="width: 25%;" type="text"/>	Lieu de naissance (ville, pays) <input style="width: 35%;" type="text"/>	Citoyenneté de l'élève <input style="width: 35%;" type="text"/>	
Langue maternelle <input style="width: 25%;" type="text"/>	Langue parlée à la maison <input style="width: 35%;" type="text"/>	Religion <input style="width: 35%;" type="text"/>	
L'école ou la garderie fréquentée en 2018-2019 <input style="width: 60%;" type="text"/>		Code permanent <input style="width: 30%;" type="text"/>	
Numéro d'assurance-maladie <input style="width: 60%;" type="text"/>		Expiration mm / an <input style="width: 30%;" type="text"/>	
Nom du père <input style="width: 50%;" type="text"/>		Prénom du père <input style="width: 50%;" type="text"/>	
Adresse <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/>			
Numéro <input style="width: 25%;" type="text"/>		Rue <input style="width: 25%;" type="text"/>	
Ville <input style="width: 25%;" type="text"/>		Appartement <input style="width: 25%;" type="text"/>	
Province <input style="width: 25%;" type="text"/>		Code postal <input style="width: 25%;" type="text"/>	
Numéro de celluleaire <input style="width: 25%;" type="text"/>		Numéro de téléphone à la maison <input style="width: 25%;" type="text"/>	
Adresse courriel <input style="width: 25%;" type="text"/>		Numéro de téléphone au travail <input style="width: 25%;" type="text"/>	
Profession <input style="width: 50%;" type="text"/>		Lieu de travail <input style="width: 50%;" type="text"/>	
Lieu de naissance (ville, pays) <input style="width: 30%;" type="text"/>		Scolarité : <input style="width: 30%;" type="text"/>	
Êtes-vous un diplômé de l'École Socrates - Démosthène? _____ Êtes-vous employé par la CHGM? ____ Si oui, numéro de matricule : _____			
Nom de la mère à la naissance <input style="width: 50%;" type="text"/>		Prénom de la mère <input style="width: 50%;" type="text"/>	
Adresse <input type="checkbox"/> même que père <input type="checkbox"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/>			
Numéro <input style="width: 25%;" type="text"/>		Rue <input style="width: 25%;" type="text"/>	
Ville <input style="width: 25%;" type="text"/>		Appartement <input style="width: 25%;" type="text"/>	
Code postal <input style="width: 25%;" type="text"/>		Province <input style="width: 25%;" type="text"/>	
Numéro de celluleaire <input style="width: 25%;" type="text"/>		Numéro de téléphone à la maison <input style="width: 25%;" type="text"/>	
Adresse courriel <input style="width: 25%;" type="text"/>		Numéro de téléphone au travail <input style="width: 25%;" type="text"/>	
Profession <input style="width: 50%;" type="text"/>		Lieu de travail <input style="width: 50%;" type="text"/>	
Lieu de naissance (ville, pays) <input style="width: 30%;" type="text"/>		Scolarité : <input style="width: 30%;" type="text"/>	
Êtes-vous une diplômée de l'École Socrates - Démosthène? _____ Êtes-vous employée par la CHGM? _____ Si oui, numéro de matricule : _____			
Statut matrimonial des parents: Mariés <input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/>			
Gardien légal de l'enfant : Père : <input type="checkbox"/> Mère : <input type="checkbox"/> Les deux parents : <input type="checkbox"/>			
Qui est responsable des frais scolaires de l'enfant? Père : <input type="checkbox"/> Mère : <input type="checkbox"/> Les deux parents : <input type="checkbox"/>			
Le responsable consent à ce que l'Établissement prenne les dispositions nécessaires quant 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 :			
Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> -Adresse le matin : _____			
Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> -Adresse le soir : _____			
Signature du père : _____		Signature de la mère : _____	
Date : _____			