

Nom de l'élève : <input style="width: 95%;" type="text"/>		Prénom de l'élève : <input style="width: 95%;" type="text"/>	
Adresse : même que père <input type="checkbox"/> même que mère <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>		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 2019-2020 <input style="width: 55%;" type="text"/>		Code permanent <input style="width: 35%;" type="text"/>	
Numéro d'assurance-maladie <input style="width: 55%;" type="text"/>		Expiration mm / an <input style="width: 35%;" 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"/>	
↑ Numéro <input style="width: 25%;" type="text"/>		↑ Rue <input style="width: 25%;" type="text"/>	
↑ Ville <input style="width: 25%;" type="text"/>		↑ Province <input style="width: 25%;" type="text"/>	
↑ Code postal <input style="width: 25%;" type="text"/>		↑ Appartement <input style="width: 25%;" type="text"/>	
↑ Numéro de téléphone à la maison <input style="width: 25%;" type="text"/>		↓ Numéro de téléphone au travail <input style="width: 25%;" type="text"/>	
↓ Numéro de cellulaire <input style="width: 25%;" type="text"/>		↓ Adresse courriel <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: 50%;" type="text"/>		Scolarité (Père) ⇒ <input style="width: 50%;" 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: 50%;" type="text"/>	
↑ Numéro <input style="width: 25%;" type="text"/>		↑ Rue <input style="width: 25%;" type="text"/>	
↑ Ville <input style="width: 25%;" type="text"/>		↑ Code postal <input style="width: 25%;" type="text"/>	
↑ Province <input style="width: 25%;" type="text"/>		↑ Appartement <input style="width: 25%;" type="text"/>	
↑ Numéro de téléphone à la maison <input style="width: 25%;" type="text"/>		↓ Numéro de téléphone au travail <input style="width: 25%;" type="text"/>	
↓ Numéro de cellulaire <input style="width: 25%;" type="text"/>		↓ Adresse courriel <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: 50%;" type="text"/>		Scolarité (Mère) ⇒ <input style="width: 50%;" type="text"/>	
Mère : 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 <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Signature : _____			
Données sur la santé de l'enfant : Allergies : <input style="width: 95%;" type="text"/>			
Numéro de téléphone d'urgence <input style="width: 25%;" type="text"/>		Personne à contacter <input style="width: 25%;" type="text"/>	
Maladies : <input style="width: 95%;" type="text"/>			
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 : _____			