

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 2022-2023 <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		↑ Rue	
<input style="width: 25%;" type="text"/>		<input style="width: 25%;" type="text"/>	
↑ Ville		↑ Province	
<input style="width: 25%;" type="text"/>		<input style="width: 25%;" type="text"/>	
↑ Code postal		↑ Numéro de téléphone à la maison	
<input style="width: 25%;" type="text"/>		<input style="width: 25%;" type="text"/>	
↓ Numéro de cellulaire		↓ Adresse courriel	
<input style="width: 25%;" type="text"/>		<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: 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		↑ Rue	
<input style="width: 25%;" type="text"/>		<input style="width: 25%;" type="text"/>	
↑ Ville		↑ Code postal	
<input style="width: 25%;" type="text"/>		<input style="width: 25%;" type="text"/>	
↑ Province		↑ Numéro de téléphone à la maison	
<input style="width: 25%;" type="text"/>		<input style="width: 25%;" type="text"/>	
↓ Numéro de cellulaire		↓ Adresse courriel	
<input style="width: 25%;" type="text"/>		<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: 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 Séparés Divorcés Veuf (ve) Conjoint de fait

Gardien légal de l'enfant : Père : Mère : Les deux parents :

Qui est responsable des frais scolaires de l'enfant? Père : Mère : Les deux parents :

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 : _____

Données sur la santé de l'enfant : Allergies :

Numéro de téléphone d'urgence Personne à contacter

Maladies :

Pour le transport de l'enfant :

Non Oui -Adresse le matin : _____

Non Oui -Adresse le soir : _____

Pour le SÉP de l'enfant :

Non Oui -Précisez AM, PM, AM & PM : _____

16 Signature du père : _____ Signature de la mère : _____ Date : _____