



École Gabrielle-Roy
6887, 132^e rue
Surrey, C.-B.
V3W 4L9
(CSF S.D. #93)

FORMULAIRE D'INSCRIPTION STUDENT REGISTRATION FORM



PEN de l'élève: _____ Certificat de naissance <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Carnet d'immunisation ou lettre de refus <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dernier bulletin scolaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Réservé à l'administration For official use only
---	--

MATERNELLE: votre enfant doit être âgé de 5 ans au 31 décembre.
KINDERGARTEN: your child must be at least 5 years old by December.

INFORMATION DE L'ÉLÈVE / STUDENT INFORMATION

Genre / Gender Masculin / Male Féminin / Female

Nom de famille légal / Legal Last Name: _____

Prénom légal / Legal First Name: _____

Prénom utilisé / Usual First Name: _____

Nom de famille utilisé / Usual Last Name: _____

Prénom préféré / Preferred First Name: _____

Second prénom / Middle Name (s): _____

Date de naissance (A/M/J) / Birth Date (Y/M/D) : _____

Téléphone à la maison / Home Phone #: _____

Adresse de résidence permanent / Property address: #Apt #-Rue-Nom-Ville-Code Postal / Apt #-Street #-Name -Apt #- Town - Postal Code

Adresse postale - Identique au lieu de résidence Oui Non / **Mailing Address** - Same as Property Address? Yes No
#Apt #-Rue-Nom-Ville-Code Postal / Apt #-Street #-Name -Apt #- Town - Postal Code

<u>POUR L'ADMISSION - ADMISSION INFORMATION</u> Date inscription / Registration Date: _____ Niveau / Grade: _____ Votre enfant est-il inscrit dans une autre école? Cross Enrolled School <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No	<u>ÉCOLE ET DISTRICT PRÉCÉDENT - PREVIOUS SCHOOL/DISTRICT</u> District précédent / Previous District _____ École précédente / Previous School _____ Téléphone / Phone # _____ Télécopieur / Fax # _____
---	--

CITOYENNETÉ, ALS, AUTOCHTONE / CITIZENSHIP, ESL & ABORIGINAL

Pays, Ville & Province de naissance / Country, City & Province of Birth: _____

Citoyenneté du / Citizen of _____

Langue parlée à la maison (le système du gouvernement de la C.-B. nous permet de sélectionner qu'une seule langue)
Language at Home (BC Government allows us to select one language only): _____

Autochtone / Aboriginal Oui / Yes Non / No **Band** _____

Statut – sur la réserve / Status-On Reserve

Statut en dehors de la réserve / Status-Off Reserve

Métis / Metis

Inuit

Pas de statut / Non-Status

PARENTS & TUTEURS / PARENT & GUARDIAN INFORMATION

Garde/Custody: _____ L'enfant vit avec / Living With: _____

Droit de visite accordé à / Court Access: _____

Parent / Tuteur – Parent/Guardian

Parent / Tuteur – Parent/Guardian

Lien – Relationship: _____

Lien – Relationship: _____

Nom de famille - Last Name: _____

Nom de famille - Last Name: _____

Prénom - First Name: _____

Prénom - First Name: _____

En cas d'urgence / Emergency Contact

En cas d'urgence / Emergency Contact

Oui / Yes Non / No

Oui / Yes Non / No

Vit avec l'élève / Living With Student

Vit avec l'élève / Living With Student

Oui / Yes Non / No

Oui / Yes Non / No

Même adresse que l'élève / Same as Student Address

Même adresse que l'élève / Same as Student Address

Oui / Yes Non / No

Oui / Yes Non / No

Adresse (si différent) / Address (if different)

Adresse (si different) / Address (if different)

Employeur / Place of Employment: _____

Employeur / Place of Employment: _____

Téléphone travail / Work Phone # : (604) _____

Téléphone travail / Work Phone # : (604) _____

Disponible au travail / Available at Work

Disponible au travail / Available at Work

Oui / Yes Non / No

Oui / Yes Non / No

Téléphone maison / Home Phone # (604) _____

Téléphone maison / Home Phone # (604) _____

Téléphone cellulaire / Cell Phone # _____

Téléphone cellulaire / Cell Phone # _____

Courriel / Email Address: _____

Courriel / Email Address: _____

FRÈRES ET SOEURS / SIBLINGS

Nom de famille / Last Name: 1. _____ 2. _____ 3. _____ M F

Prénom / First Name: 1. _____ 2. _____ 3. _____ M F

Lien / Relationship: 1. _____ 2. _____ 3. _____ M F

Anniversaire / Birthday: 1. _____ 2. _____ 3. _____
(A/M/J) (A/M/J)

Niveau / Grade: 1. _____ 2. _____ 3. _____

INFORMATION DES CONTACTS EN CAS D'URGENCE / EMERGENCY CONTACT INFORMATION

Premier contact / 1st Contact

Deuxième contact / 2nd Contact

Nom famille / Last Name: _____

Nom famille / Last Name: _____

Prénom / First Name: _____

Prénom / First Name: _____

Lien / Relationship: _____

Lien / Relationship: _____

Téléphone maison / Home Phone # (604) _____

Téléphone maison / Home Phone # (604) _____

Employeur / Work Place: _____

Employeur / Work Place: _____

Téléphone travail / Work Phone # (604) _____

Téléphone travail / Work Phone # (604) _____

Cellulaire / Cell Phone # (604) _____

Cellulaire / Cell Phone # (604) _____

INFORMATION MÉDICALE / MEDICAL INFORMATION

Médecin/Doctor : _____ Téléphone/Phone : _____ No. Carte de maladie/Care Card # _____

Alerte médicale / Life Threatening Oui / Yes Non / No

Facteurs de Maladie / Health Factors (e.g. Allergies)

Signature du parent ou du tuteur / Parent or Guardian Signature

Date