



ÉCOLE OCÉANE

1951, Estevan Road,
Nanaimo Colombie-Britannique
V9S 3Y9
Téléphone : 604.881.0222

Conseil scolaire francophone de la Colombie-Britannique

École Océane

Formulaire d'inscription

Information d'inscription de l'élève / *Student enrollment information*

Nom/*Last name* : _____

Prénom/*First name* : _____

Autre/*Middle name* : _____

Date de naissance/*Birth date*(dd/mm/yyyy) : _____

Lieu de naissance/*Birth place* : _____

Niveau/*Grade*: _____ Sexe/*Gender* : _____

Adresse/*Address* : _____

Information concernant l'élève / *Student demographic information*

1-Nom du parent ou tuteur/*Parent or legal guardian* : _____

Parle français/*Speak french* : oui/*yes* _____ non/*no* _____

Adresse si différente de l'enfant /*Address if different from child's* :

Code postal/*Postal code* : _____

Numéros de téléphone/*Phone numbers* :

Maison/*Home* : _____

Cellulaire/*Mobile* : _____

Travail/*Work* : _____

2-Nom du parent ou tuteur/Parent or legal guardian : _____

Parle français/Speak french : oui/yes _____ non/no _____

Adresse si différente de l'enfant /Address if different from child's :

Code postal/Postal code : _____

Numéros de téléphone/Phone numbers :

Maison/Home : _____

Cellulaire/Mobile : _____

Travail/Work : _____

Information concernant l'élève / Student demographic information - suite

Langue principale parlée à la maison/Primary language spoken at home : _____

Élève vit avec/Student lives with : oui/yes _____ non/no _____

Origine autochtone/Aboriginal ancestry : oui/yes _____ non/no _____

Si oui, nation d'origine (si connue) _____

Nom et adresse de la dernière école(Name and address of last school attended) :

Personnes à contacter / Student contact information

Si nous devons vous contacter pour motiver une absence ou si votre enfant est malade, veuillez indiquer ci-dessous le nom et le numéro de téléphone de la personne la plus facile à rejoindre. /Please indicate below the name and phone number of the person the easiest to reach in case of an absence or if your child is sick :

Nom/Name : _____ Cellulaire : _____

En cas d'urgence, si nous n'arrivons pas à vous rejoindre, veuillez indiquer le nom et numéro de téléphone des personnes à contacter ci-dessous. /In case of emergency, if we cannot reach you, please indicate below the names and phone numbers of persons we can contact.

Contact d'urgence #1/Emergency contact #1 _____

Lien avec l'enfant/Relationship with child _____

Parle français/Speak french : oui/yes _____ non/no _____

Cellulaire/Mobile : _____

Travail/Work : _____

Contact d'urgence #2/Emergency contact #2 _____

Lien avec l'enfant/Relationship with child _____

Parle français/Speak french : oui/yes _____ non/no _____

Cellulaire/Mobile : _____

Travail/Work : _____

Contact d'urgence #3/Emergency contact #3 _____

Lien avec l'enfant/Relationship with child _____

Parle français/Speak french : oui/yes _____ non/no _____

Cellulaire/Mobile : _____

Travail/Work : _____

Contact d'urgence #4/Emergency contact #4 _____

Lien avec l'enfant/Relationship with child _____

Parle français/Speak french : oui/yes _____ non/no _____

Cellulaire/Mobile : _____

Travail/Work : _____

Information médicale (confidentiel) / Confidential medical information

BC Service Card : _____

Problème de vue/Vision problem : oui/yes _____ non/no _____

Appareil auditif/Hearing aid : oui/yes _____ non/no _____

Médecin de famille (Nom)/ Family doctor(Name) : _____

Autres informations : _____

Épipen/Epipen : oui/yes _____ non/no _____

Besoin de traitement, spécifiez / Needs treatment, specify : _____

Liste des médicaments/List of medications : _____

Allergies/Allergies : oui/yes _____ non/no _____

Si oui, spécifiez / if yes, specify : : _____

Asthme/Asthma : oui/yes _____ non/no _____

Traitement d'urgence/Emergency treatment : _____

Epilepsie/*Epilepsy* : oui/*yes* _____ non/*no* _____
Besoin de médication/*Needs medication* : oui/*yes* _____ non/*no* _____
Liste des médicaments/*List of medications* : _____

Condition cardiaque/*Heart condition* : oui/*yes* _____ non/*no* _____
Nature du problème / *Nature of the problem* : _____

Restrictions dans les activités physiques/*Physical activity limit* : _____

Service ou évaluation déjà reçue (ortho, physio, conseiller, ergothérapie etc)/ *Services or evaluation already received (ortho, physio, occupational therapist, counsellor etc)* :

oui/*yes* _____ non/*no* _____

S.v.p., fournir tous les rapports d'évaluation et de suivi.

Liste des documents à retourner/apporter à l'école – *List of documents to return or bring to school*

- Formulaire d'inscription/*Student enrolment information*
- Formulaire d'admissibilité au Conseil scolaire francophone de la Colombie-Britannique /*Conseil scolaire francophone de la Colombie-Britannique Membership Form*
- Formulaire de consentement photo et enregistrement vidéo et audio/*Photographs, video and audio recording consent form*
- Formulaire de consentement à l'utilisation de votre courriel/*Consent to use your email form*
- Statut au Canada de l'enfant (Certificat de naissance l'enfant / Passeport / Carte de citoyenneté canadienne / Carte de résidence permanence / Autre) / *Child Canadian Status (Birth certificat / Passport / Canadian Citizen Card / Permanent Residency Card / Other)*
- Statut au Canada d'un des parents (Certificat de naissance / Passeport / Carte de citoyenneté canadienne / Carte de résidence permanence / Autre) *Parents Canadian Status (Birth certificata / Passport / Canadian Citizen Card / Permanent Residency Card / Other)*
- Preuve de tutelle (si applicable) (Ordonnance de la cours / Autre)
- Pièce d'identité avec photo de la mère et du père / *Both parents' identity card with photo BC Services Card (Carecard)*
- Preuve de résidence (contrat de location ou d'achat / permis de conduire / factures d'un service public * 2 pièces) / Autre) *Proof of residency (Renting or house contract / Driver's licence / Public service invoice * 2 pieces)*
- Carnet de vaccinations / *immunisation records*

Signature du parent : _____ Date: _____

Signature de la secrétaire : _____ Date: _____

Signature de la direction : _____ Date: _____