



Année scolaire : _____

T 418 386-3612

566, boulevard Lamontagne, Ste-Marie QC G6E 3W3

Comment avez-vous entendu parler de nous ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médias sociaux | <input type="checkbox"/> Radio |
| <input type="checkbox"/> Site web | <input type="checkbox"/> Télévision |
| <input type="checkbox"/> Journal local | <input type="checkbox"/> Parent d'un élève déjà inscrit |
| <input type="checkbox"/> Envoi postal | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

Réservé pour l'administration

Accusé de réception par courriel

Date de réception du document : _____

Cycle

Précolaire

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 3 ans | <input type="checkbox"/> Maternelle |
| <input type="checkbox"/> 4 ans | |

1^{er} cycle

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 1 ^{re} année |
| <input type="checkbox"/> 2 ^e année |

2^e cycle

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 3 ^e année |
| <input type="checkbox"/> 4 ^e année |

3^e cycle

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 5 ^e année |
| <input type="checkbox"/> 6 ^e année |

Identification de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : Garçon Fille

Quel établissement votre enfant fréquente-t-il actuellement ? _____

Est-ce que votre enfant a une sœur ou un frère à notre école ? Oui Non

Avez-vous fait une demande d'admission à un autre établissement Vision ? Oui Non

Si oui, lequel ? _____

Votre enfant a-t-il déjà consulté un spécialiste du domaine de la santé ou de l'éducation ? Oui Non

Si oui, spécifiez le spécialiste et la raison ? _____

Identification des parents ou tuteurs

Père Mère Tuteur Tutrice

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone résidence : _____

Téléphone cellulaire : _____

Téléphone bureau : _____

Courriel : _____

Profession : _____

Père Mère Tuteur Tutrice

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone résidence : _____

Téléphone cellulaire : _____

Téléphone bureau : _____

Courriel : _____

Profession : _____

Personnes à contacter en cas d'urgence (autres que les parents)

Contact en cas d'urgence 1 ▼

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone résidence : _____

Téléphone cellulaire : _____

Téléphone bureau : _____

Lien avec l'enfant : _____

Contact en cas d'urgence 2 ▼

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone résidence : _____

Téléphone cellulaire : _____

Téléphone bureau : _____

Lien avec l'enfant : _____

Frais d'inscription (maternelle et primaire)

- Je désire réserver une place pour l'année scolaire _____. L'admission est conditionnelle à l'évaluation de votre enfant par la direction de l'école ainsi qu'au nombre de places disponibles. Veuillez remettre un chèque de 200 \$ (non remboursables) libellé au nom de l'école et inscrire le nom de votre enfant au dos du chèque. Au cas où votre enfant ne serait pas admis, les frais d'inscription de 200 \$ seront remboursés.

Libellez votre chèque au nom de « École Vision Beauce »

Pour confirmer votre réservation, veuillez signer ci-dessous :

Signature : _____

Date : _____

- Père Mère Tuteur Tutrice