



## FORMULAIRE D'INFORMATION LA MATERNELLE

### 1. Identification de l'enfant:

Nom de famille: \_\_\_\_\_

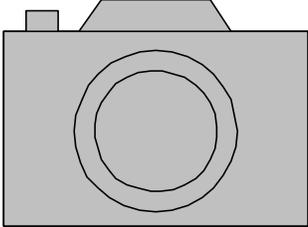
Prénom: \_\_\_\_\_

Âge en date du 30 septembre, 2023: \_\_\_\_\_ Sexe:  M  F

Date de naissance: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

Admissible pour une éducation en anglais:  Oui  Non  Incertain

S.V.P. coller une photo de votre enfant



### 2. Identification des personnes responsables de l'enfant:

Mère  Père  Autre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom Année Mois Jour

\_\_\_\_\_ Téléphone à la maison Téléphone au travail Téléphone cellulaire

\_\_\_\_\_ Numéro Rue Appartement

\_\_\_\_\_ Ville Code postal Adresse de courriel

Mère  Père  Autre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom Année Mois Jour

\_\_\_\_\_ Téléphone à la maison Téléphone au travail Téléphone cellulaire

\_\_\_\_\_ Numéro Rue Appartement

\_\_\_\_\_ Ville Code postal Adresse de courriel

**Mon enfant vit avec:** Ses deux parents:  Garde partagée:  Autre:  \_\_\_\_\_

Arrangements pour la garde (si applicable): \_\_\_\_\_

**En cas d'urgence, accident ou maladie, contactez (AUTRE QUE PARENT)**

Nom	Tel. maison	Tel. travail	Cell	Relation avec l'enfant
Nom	Tel. home	Tel. work	Cell	Relation avec l'enfant

**3. SVP bien vouloir indiquer si votre enfant a des frères et/ou sœurs à l'école**

Nom	Niveau	Enseignant (e)

*Aider nous a mieux connaître votre enfant*

**4. Renseignements médicaux**

<u>Es ce que votre enfant souffre de :</u>	<u>Es ce que votre enfant porte?</u>	<u>Es ce que votre enfant a été testé pour :</u>
Diabète <input type="checkbox"/>	Asthme <input type="checkbox"/>	Lunettes <input type="checkbox"/>
Problème d'audition <input type="checkbox"/>	Épilepsie <input type="checkbox"/>	Apareil auditif <input type="checkbox"/>
Surdité <input type="checkbox"/>	Problème cardiaque <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
Problème de vision <input type="checkbox"/>	Problèmes de peau <input type="checkbox"/>	Vision (date: ) <input type="checkbox"/>
Allergie sévère <input type="checkbox"/>	Autre, veuillez spécifier: _____	Audition (date: ) <input type="checkbox"/>

Es ce que votre enfant prend des médicaments d'une façon régulière?  
 oui  non

Recommandations spéciales suggérées par les parents ou médecin concernant les problèmes médicaux de l'enfant:

**En cas d'urgence, l' cole avisera les parents. Si nous ne pouvons pas vous joindre, nous prodiguerons les premiers soins à votre enfant et, au besoin, nous veillerons à ce que l'enfant soit transport  à l'hôpital aux frais des parents.**

**Votre enfant a-t-il a reçu un ou plusieurs des services spécialisé suivants :**

<input type="checkbox"/> Orthophonie	<input type="checkbox"/> Psychologie
<input type="checkbox"/> Ergothérapie	<input type="checkbox"/> Pédopsychiatrie
<input type="checkbox"/> Psychoéducation	<input type="checkbox"/> Neurologie
<input type="checkbox"/> Psychosocial (CSSS)	<input type="checkbox"/> Autre : _____

**5. Langue: Mon enfant**

	Oui	Non	Très peu	Commentaires
Comprend l'anglais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parle l'anglais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A des problèmes de prononciation (z�zalement, bégaiement, certains sons, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Langue parl�e à la maison:	anglais <input type="checkbox"/>	français <input type="checkbox"/>	anglais & français <input type="checkbox"/>	autre: <input type="checkbox"/> _____

## 6. Service de garde fréquenté antérieurement

Votre enfant a-t-il fréquenté un service de garde? Garderie familiale  Service de garde (CPE)  Programme 4 ans  Non

Si oui, à temps partiel  \_\_\_\_\_ (jours/semaine) Temps plein  Combien d'années? \_\_\_\_\_

Anglais  Français  Autre: \_\_\_\_\_

Mon enfant a déjà bénéficié d'un plan d'intervention  Oui  Non

Veuillez spécifier: \_\_\_\_\_

## 7. Renseignements importants sur mon enfant.

Mon enfant fait-il (elle) une sieste l'après-midi  Oui  Non Combien de temps \_\_\_\_\_ (minutes)

Mon enfant est capable de s'habiller tout seul  Oui  Non

Mon enfant est capable d'aller aux toilettes seul  Oui  Non

Mon enfant prend environ \_\_\_\_\_ minutes pour avaler son repas.

Évènements récents dans la vie de mon enfant

Divorce / Séparation

Déménagement

Mortalité dans la famille

Problèmes de santé graves dans la famille

Déploiement militaire d'un parent

Naissance d'un frère ou d'une soeur

Changement d'occupation d'un parent

Autre: \_\_\_\_\_

Êtes-vous préoccupé par le développement de votre enfant?

Autonomie

Attention

Mémoire

Motricité fine ou grossière

Autre: \_\_\_\_\_

Estime de soi

Développement

Language

## 8. Prérequis de l'école

Mon enfant est autonome à la toilette

NOTES ADMINISTRATION :