

École fréquentée : _____

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

NOM DE FAMILLE DE L'ÉLÈVE _____

NIVEAU SCOLAIRE _____

PRÉNOM _____

N° DU LOCAL DE SA CLASSE _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____

LANGUE PARLÉE À LA MAISON _____

SEXE

F

M

DATE DE NAISSANCE (AN - MOIS - JOUR) _____

NUMÉRO
D'ASSURANCE
MALADIE ▶

DATE D'EXPIRATION _____

(ANNÉE - MOIS) ▶

POUR VOUS REJOINDRE AU BESOIN OU EN CAS D'URGENCE

PARENT A : PERE MERE

PARENT B : PERE MERE

NOM DE FAMILLE _____

NOM DE FAMILLE _____

PRÉNOM _____

PRÉNOM _____

TÉLÉPHONE AU DOMICILE _____

TÉLÉPHONE AU DOMICILE _____

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL _____

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL _____

AUTRE TÉLÉPHONE _____

AUTRE TÉLÉPHONE _____

COURRIEL _____

COURRIEL _____

AUTRE

AUTRE

NOM DE FAMILLE _____

NOM DE FAMILLE _____

PRÉNOM _____

PRÉNOM _____

TÉLÉPHONE AU DOMICILE _____

TÉLÉPHONE AU DOMICILE _____

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL _____

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL _____

AUTRE TÉLÉPHONE _____

AUTRE TÉLÉPHONE _____

COURRIEL _____

COURRIEL _____

IMPORTANT

Afin d'assurer la sécurité de l'élève, l'école doit être informée des problèmes de santé qui **peuvent nécessiter une intervention d'urgence à l'école** (allergie sévère à certains aliments ou aux piqûres d'insectes, diabète ou autre).

Est-ce que l'élève présente un tel problème de santé? Oui, compléter le verso Non

S.V.P., **aviser l'école de tout changement** pouvant intervenir au cours de la présente année scolaire.

N.B. : Les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises à l'infirmière du CLSC et aux membres du personnel de l'école qui pourraient intervenir en cas d'urgence auprès de l'élève.

School attended: _____

GENERAL ENQUIRIES

LAST NAME OF THE STUDENT _____

ACADEMIC LEVEL _____

FIRST NAME OF THE STUDENT _____

ROOM NUMBER OF HIS CLASS _____

ADDRESS _____

POSTAL CODE _____

HOME LANGUAGE _____

GENDER

F

M

DATE OF BIRTH (YYYY-MM-DD) _____

HEALTH
INSURANCE
NUMBER



EXPIRATION DATE
(YYYY-MM)



TO REACH YOU IF NECESSARY OR IN CASE OF EMERGENCY

PARENT A : PÈRE MÈRE

PARENT B : PÈRE MÈRE

LAST NAME _____

LAST NAME _____

FIRST NAME _____

FIRST NAME _____

HOME PHONE _____

HOME PHONE _____

WORK PHONE _____

WORK PHONE _____

ALTERNATIVE PHONE _____

ALTERNATIVE PHONE _____

EMAIL _____

EMAIL _____

OTHER

OTHER

LAST NAME _____

LAST NAME _____

FIRST NAME _____

FIRST NAME _____

HOME PHONE _____

HOME PHONE _____

WORK PHONE _____

WORK PHONE _____

ALTERNATIVE PHONE _____

ALTERNATIVE PHONE _____

EMAIL _____

EMAIL _____

IMPORTANT

In order to ensure the student's safety, the school must be informed of health problems that may require emergency intervention at school (severe allergies to certain foods or insect bites, diabetes or other).

Does the student have such a health problem?

Yes (complete the next page)

No

Please, notify the school of any changes that may occur during the current school year.

N.B.: The information appearing on this form will be transmitted to the CLSC nurse and to the school staff members who could intervene in case of emergency with the student.

SIGNATURE OF PARENT, GUARDIAN OR YOUTH 14 YEARS OLD OR OLDER

DATE (YYYY-MM-DD)

École fréquentée : _____

◆ **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

(à remplir seulement si l'élève a un problème de santé qui peut nécessiter une intervention d'urgence à l'école)

L'état de santé de l'élève a-t-il changé depuis l'an passé ? Oui Non

◆ **L'ÉLÈVE PRÉSENTE-T-IL**

◇ **ALLERGIE SÉVÈRE**

Alimentaire Oui
 Non

Piqûres d'insectes Oui
 Non

Autre Oui
 Non

Préciser _____

Médicament Oui
d'urgence Non

Épipen Oui
 Non

Autre (préciser) _____

◇ **DIABÈTE**

Oui Non

Médicament Oui Lequel ? _____

d'urgence Non

Traitement d'urgence, si hypoglycémie, préciser : _____

◇ **AUTRES**

L'élève présente-t-il un autre problème de santé pouvant nécessiter une intervention d'urgence à l'école ? Oui Non

Si oui, préciser _____

Recommandation Oui Préciser : _____

médicale d'urgence : Non

◆ **AUTORISATION**

J'autorise l'infirmière du CLSC à communiquer les informations inscrites ci-dessus, au besoin, aux membres du personnel de l'école qui pourraient avoir à intervenir en situation d'urgence auprès de l'élève.

SIGNATURE DU PARENT, TUTEUR OU JEUNE DE 14 ANS OU PLUS

DATE (AN - MOIS - JOUR)

School attended : _____

◆ **SUPPORT INFORMATION**

(To be completed only if the student has a health problem that may require emergency intervention at school.)

Has the student's health status changed since last year? Yes No

◆ **DOES THE STUDENT PRESENT**

◇ **SEVERE ALLERGY**

Food Yes No Insect bites Yes No Other Yes No

Specify _____

Emergency medication Yes No EpiPen Yes No Other (Specify) _____

◇ **DIABETES**

Yes No

Médicament d'urgence Yes No

Which? _____

Emergency treatment, if hypoglycemia, specify : _____

◇ **OTHERS**

Does the student have any other health problems that may **require an emergency response at school**? Yes No

If yes, specify _____

Recommandation emergency medical: Yes No Specify : _____

◆ **AUTHORIZATION**

I authorize the CLSC nurse to communicate the information entered above, if necessary, to members of the school staff who may have to intervene in an emergency situation with the student.



École Barclay
7941, avenue Wiseman
Montréal (Québec) H3N 2P2
Téléphone : (514) 596-4533
Télécopieur : (514) 596-6886

OBJET : ACCEPTATION OU REFUS D'ÊTRE FILMÉ OU PHOTOGRAPHIÉ

SUBJECT : ACCEPTANCE OR REFUSAL TO BE FILMED OR PHOTOGRAPHED

2020-2021

Afin de promouvoir le dynamisme de ses établissements, le Centre de service scolaire de Montréal (CSSDM) prend parfois des photos ou réalise des vidéos de ses élèves. Ces images, prises dans le respect de chacun, cherchent à montrer les élèves dans des situations valorisantes pour l'école publique.

In order to promote the dynamism of its institutions, the Centre de services scolaire de Montréal (CSSDM) sometimes takes photos or makes videos of its students. These images, taken with respect for each person, seek to show students in situations that are rewarding for the public school.

Ces photos ou vidéos sont utilisées uniquement à des **fins non commerciales ou à des buts non lucratifs** .
These photos or videos are used only for non-commercial or not-for-profit purposes.

- Site web de la CSSDM ou site de l'école (*CSSDM website or school website*)
- Page Youtube de la CSSDM (*CSSDM Youtube page*)
- Tout autre document institutionnel imprimé pour la CSSDM (rapport annuel, brochure, journal interne, promotion institutionnelle) (*Any other institutional document printed for the CSSDM (annual report, brochure, internal journal, institutional promotion)*)
- Portfolio du photographe, exposition ou concours (*Photographer's portfolio, exhibition or competition*)

Selon la loi le parent de l'élève mineur peut s'objecter à l'utilisation de son image et à la mention de son nom.
According to the law, the parent of a minor student may object to the use of his or her image and the mention of his or her name.

J'accepte que mon enfant soit filmé ou photographié et que son nom soit mentionné.
I agree that my child may be filmed or photographed and that his/her name may be mentioned.

NOM DE L'ÉLÈVE (STUDENT'S NAME) : _____

Groupe (GROUP) : _____

Signature du titulaire de l'autorité parentale : : _____

(Signature of the holder of parental authority) _

Date : _____

Centre
de services scolaire
de Montréal

Québec 



École Barclay
7941, avenue Wiseman
Montréal (Québec) H3N 2P2
Téléphone : (514) 596-4533

OBJET : SORTIES DANS LE QUARTIER, ANNEE SCOLAIRE

SUBJECT: OUTINGS IN THE NEIGHBOURHOOD

2020-2021

Chers parents, Dear parents,

Au cours de l'année scolaire, les enseignants prévoient des sorties dans le quartier, promenades autour de l'école, périodes de jeu aux parcs et/ou observation de la nature, etc. Ces activités, sans date prévue, auront lieu durant les heures de classe et les enfants se déplaceront à pied.

During the school year, teachers plan outings in the neighbourhood, walks around the school, play periods in the parks and/or nature observation, etc. These activities, without a set date, will take place during school hours and the children will travel on foot.

Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir signer le coupon-réponse ci-dessous pour nous confirmer votre accord pour ces activités autour de l'école.

We would be grateful if you could sign the reply coupon below to confirm your agreement to these activities around the school.

Nous vous remercions de votre collaboration et sachez que les mesures pour assurer la sécurité de vos enfants seront mises en place.

We thank you for your collaboration and know that measures to ensure the safety of your children will be put in place.

Mme Danielle Charland
Directrice (*Headmistress*)

Autorisation annuelle pour les sorties dans le quartier

Annual authorization for outings in the neighbourhood

2020-2021

NOM DE L'ÉLÈVE (STUDENT'S NAME) : _____

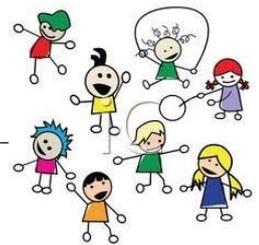
Groupe (group) : _____

- J'accepte que mon enfant participe. (I agree to let my child participate.)
 Je refuse que mon enfant participe. (I refuse to allow my child to participate.)

Signature du titulaire de l'autorité parentale : _____

(Signature of the holder of parental authority)

Téléphone (phone number) : _____ Date: _____



Centre
de services scolaire
de Montréal

Québec