

| 1 IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE |  | Première demande : <input type="checkbox"/>                                  | Demande à la suite d'un changement d'adresse : <input type="checkbox"/>   |
|-----------------------------|--|--|---|
| NOM                         |  | PRÉNOM USUEL   | DATE DE NAISSANCE   |
| NO.                         | RUE  | APP.   | VILLE   |
| CODE POSTAL                 |  |  | SI DÉMÉNAGEMENT, ADRESSE EN VIGUEUR LE:   |
| DEGRÉ ACTUEL                | DEGRÉ PRÉVU L'AN PROCHAIN : Passe-Partout : <input type="checkbox"/> |  | Primaire: 1 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 3 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 4 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 5 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 6 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> |
|                             | Incertain : <input type="checkbox"/>                                 | Précolaire: 4 ans: <input type="checkbox"/> 5 ans : <input type="checkbox"/> | Secondaire : 1 <sup>re</sup> <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 3 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 4 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 5 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/>                                     |

| 2 IDENTIFICATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE |  |                               | Parent A : PÈRE <input type="checkbox"/> MÈRE <input type="checkbox"/> | Parent B : PÈRE <input type="checkbox"/> MÈRE <input type="checkbox"/> | TUTEUR : <input type="checkbox"/> |
|--|--|-------------------------------|--|--|-----------------------------------|
| NOM DU PARENT A                          |  | NOM DU PARENT B               |  | NOM DU TUTEUR  |                                   |
| PRÉNOM DU PARENT A                       |  | PRÉNOM DU PARENT B            |  | PRÉNOM DU TUTEUR   |                                   |
| TÉLÉPHONE PARENT A                       |  | TÉLÉPHONE PARENT B            |  | TÉLÉPHONE TUTEUR   |                                   |
| ADRESSE ÉLECTRONIQUE PARENT A            |  | ADRESSE ÉLECTRONIQUE PARENT B |  | ADRESSE ÉLECTRONIQUE TUTEUR  |                                   |

| 3 CHOIX DE L'ÉCOLE  |  | L'ACCEPTATION DE VOTRE DEMANDE EST CONDITIONNELLE AUX PLACES DISPONIBLES. LE CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE NE PEUT GARANTIR À VOTRE ENFANT UNE PLACE À SON ÉCOLE D'ORIGINE SI, POUR UNE RAISON OU POUR UNE AUTRE, VOUS DESIREZ RETIRER CETTE DEMANDE. |  |
|---|--|---|--|
| NOM DE L'ÉCOLE ACTUELLE (ou de résidence pour une nouvelle inscription) |  | CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE DE RÉSIDENCE  |  |
| NOM DE L'ÉCOLE CHOISIE  |  | CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE CHOISI  |  |
| <input type="checkbox"/> PROGRAMME, CONCENTRATION OU PROFIL, PRÉCISEZ:  |  | <input type="checkbox"/> RÉGULIER   |  |

| 4 RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES   |                               |                | LES CRITÈRES D'ADMISSION ET D'INSCRIPTION DU CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE CHOISI SERONT APPLIQUÉS |
|--|-------------------------------|----------------|--|
| <b>A – Avez-vous fait LA MÊME DEMANDE POUR LA MÊME ANNÉE SCOLAIRE pour un autre enfant résidant à la même adresse (frères, sœurs, etc.)?</b><br><input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, veuillez indiquer le(s) nom(s) ci-dessous : |                               |                |  |
| NOM ET PRÉNOM  | ÉCOLE FRÉQUENTÉE ACTUELLEMENT | DEGRÉ SCOLAIRE |  |
|  |                               |                |  |
|  |                               |                |  |

Si vous avez répondu oui à la question A, dans l'éventualité où l'on pourrait accepter un seul de vos enfants, préférez-vous :  
 Annuler la demande  Faire un autre choix d'école qui permettrait d'accepter l'ensemble de vos enfants.

|  |                               |                |  |
|--|-------------------------------|----------------|--|
| <b>B – Avez-vous déjà un (ou plusieurs) enfant(s) qui fréquente(nt) déjà l'école demandée sur ce formulaire?</b><br><input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, veuillez indiquer le(s) nom(s) ci-dessous : |                               |                |  |
| NOM ET PRÉNOM  | ÉCOLE FRÉQUENTÉE ACTUELLEMENT | DEGRÉ SCOLAIRE |  |
|  |                               |                |  |
|  |                               |                |  |

| 5 CONDITIONS ET SIGNATURE  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Je consens à ce que les renseignements recueillis dans ce formulaire soient transmis au centre de services scolaire choisi et au ministère de l'Éducation pour fins de planification et de gestion, et ce, dans le respect de la Loi à l'accès aux documents et sur la protection des renseignements personnels.<br><input checked="" type="checkbox"/> Conformément à l'article 603 du Code civil du Québec, « À l'égard des tiers de bonne foi, le père ou la mère qui accomplit seul un acte d'autorité à l'égard de l'enfant est présumé agir avec l'accord de l'autre. ». | <input checked="" type="checkbox"/> Je confirme être le répondant (parent ou tuteur) de l'élève mentionné à la section 1.<br><input checked="" type="checkbox"/> Je comprends que le droit au transport est assujéti à la politique en vigueur au centre de services scolaire choisi.<br><input checked="" type="checkbox"/> J'autorise, par la présente, l'école ou le centre de services scolaire actuel à faire le transfert du dossier scolaire et d'aide particulière de l'élève à l'école choisie. |
| SIGNATURE DE L'AUTORITÉ PARENTALE  | DATE   |

| À L'USAGE DU PERSONNEL DU CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE  |   |      |
|--|---|------|
| 6A) DANS LE CAS D'UNE DEMANDE D'ENTENTE DE SCOLARISATION EN ÉCOLE OU EN CLASSE SPÉCIALISÉE SEULEMENT |   |      |
| <input type="checkbox"/> Le CSS de résidence affirme avoir pris connaissance de la demande.          | Signature du responsable des ententes au CSS de résidence | Date |
| 6B) DÉCISION   |   |      |
| ACCEPTÉE: <input type="checkbox"/>   | REFUSÉE: <input type="checkbox"/>                         |      |
| Direction de l'école choisie :   | Nom de l'école: _____                                     |      |
| Remarque : _____   | Signature de la direction                                 | Date |
| Centre de services scolaire choisi :   |   |      |
| Remarque : _____   | Signature du responsable des choix d'école                | Date |

Après avoir complété ce formulaire, le centre de services scolaire communiquera avec vous pour rendre sa décision au plus tard durant la 3<sup>e</sup> semaine du mois d'août. Vous devez envoyer ce formulaire à l'adresse courriel : valerie.syvrais@csscotesud.gouv.qc.ca