



T 450 652-6869 F 450 652-5773

104, boulevard de la Marine, Varennes QC J3X 1Z5
varennnes@ecolevision.com

Année scolaire :

Cycle

	1 ^{er} cycle	2 ^e cycle	3 ^e cycle
<input type="checkbox"/> Maternelle	<input type="checkbox"/> 1 ^{re} année <input type="checkbox"/> 2 ^e année	<input type="checkbox"/> 3 ^e année <input type="checkbox"/> 4 ^e année	<input type="checkbox"/> 5 ^e année <input type="checkbox"/> 6 ^e année

Identification de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : Garçon Fille

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Code permanent : _____ Courriel : _____

Lieu de naissance de votre enfant (ville et pays) : _____

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

Identification des parents ou tuteurs

Parent 1 ▼

Père Mère Tuteur Tutrice

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : Même que l'enfant

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone résidence : _____

Téléphone cellulaire : _____

Téléphone bureau : _____

Courriel : _____

Profession : _____

Pays de naissance : _____

Parent 2 ▼

Père Mère Tuteur Tutrice

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : Même que l'enfant

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone résidence : _____

Téléphone cellulaire : _____

Téléphone bureau : _____

Courriel : _____

Profession : _____

Pays de naissance : _____

L'enfant demeure avec : Parents 1 et 2 Parent 1 Parent 2 Garde partagée Tuteur Tutrice

Indiquez le numéro d'assurance sociale de la (des) personne(s) à qui l'école doit émettre les relevés pour fins d'impôt :

Parent 1 : _____ Parent 2 : _____ Tuteur : _____ Tutrice : _____

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 : _____

Informations complémentaires

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

Langue maternelle de votre enfant (cochez une seule case): Français Anglais Autre : _____

Langue(s) parlée(s) à la maison : Français Anglais Autre : _____

Frais d'inscription

Veillez remettre un chèque de 200 \$ libellé au nom de l'école et inscrire le nom de votre enfant au recto du chèque. L'inscription sera valide seulement à la réception des frais d'inscription (non remboursables). L'admission est conditionnelle à l'évaluation de votre enfant par la direction de l'école ainsi qu'au nombre de places disponibles.

Libellez votre chèque au nom de « École Vision Varennes »

Commentaires : _____

Signature : _____ Date : _____

Père Mère Tuteur Tutrice

Veillez prendre note que les données transmises par l'école au ministère de l'Éducation sont susceptibles de faire l'objet d'une vérification auprès du Directeur de l'état civil.

À l'usage de l'administration – Ne rien écrire dans cet espace

Frais : Chèque Comptant Prélèvement bancaire Mois : Juillet Aout Sept. Oct. Nov. Déc.
 Janv. Févr. Mars Avril Mai Juin

Date d'admission : _____ Inscription valide jusqu'au : _____

Documents reçus

Certificat d'acte de naissance Contrat de services Bulletins scolaires Dossier scolaire Photographie de l'enfant
 Évaluation psychologique (si l'enfant a déjà été suivi)

Formulaires : Personnes autorisées Fiche de santé Consentements Demande de transfert de dossier scolaire