

DEMANDE D'ADMISSION ET D'INSCRIPTION

PRÉSCOLAIRE 4 ANS

PRIMAIRE

PRÉSCOLAIRE 5 ANS

SECONDAIRE

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION DU CSSTL	
Date de l'inscription :	École choisie :
Numéro de fiche :	Code permanent :

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	
Nom de l'élève	Prénom de l'élève
Sexe F M Date de naissance	Lieu de naissance
Adresse de résidence officielle de l'élève :	
No. Rue	Ville
Code postal	Téléphone résidentiel

Répondant légal : Parent #1 Parent #2 Tuteur

Garde partagée : Oui Non **Si vous avez coché oui pour la garde partagée, veuillez remplir l'Annexe 3*

Pour propriétaire seulement :

Taxes scolaires payées au : C.S.S. Trois-Lacs C.S. Lester-B.-Pearson

PARENT #1 :	
Nom du parent #1	Prénom du parent #1
Sexe : F M Date de naissance	Pays de naissance
Téléphone maison	Téléphone cellulaire
Adresse courriel	
Adresse (obligatoire si différente de celle de l'élève)	
No. Rue	Ville
Code postal	Téléphone résidentiel
Personne issue de l'immigration	
Nom du pays d'origine	Date d'entrée au pays

PARENT #2 OU TUTEUR :

Nom du parent #1		Prénom du parent #1	
Sexe : F M		Date de naissance	
Téléphone maison		Pays de naissance	
Téléphone cellulaire		Téléphone résidentiel	
Adresse courriel			
Adresse (obligatoire si différente de celle de l'élève)			
No.		Rue	
Ville		Code postal	
Personne issue de l'immigration		Date d'entrée au pays	
Nom du pays d'origine		Date d'entrée au pays	

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA FRÉQUENTATION SCOLAIRE

Actuellement, mon enfant fréquente :

- un milieu familial subventionné qui offre des places à un tarif de base de 9,35 \$ par jour;
- un milieu familial non subventionné qui offre des places à un tarif de base de plus de 9,35 \$ par jour
- un centre de la petite enfance (CPE);
- une garderie subventionnée qui offre des places à un tarif de base de 9,35 \$ par jour;
- une garderie non subventionnée qui offre des places à un tarif de base de plus de 9,35 \$ par jour;
- le domicile d'une personne de l'entourage de l'enfant;
- le domicile de l'enfant par une personne autre que ses parents ou leurs conjoints;
- un autre type de milieu de garde (veuillez préciser) : _____
- Ne s'applique pas – L'enfant n'a pas été gardé de façon régulière par une personne autre que ses parents ou leurs conjoints.

Si l'enfant a fréquenté un établissement du réseau des services de garde éducatifs à l'enfance du Québec :

Nom de l'établissement

L'élève fréquente une école en 2024-2025 : Oui Non

Si oui : _____

Nom de l'école

Nom du Centre de services scolaire

Cochez la classe fréquentée en 2024-2025 :

Pré-scolaire :	4 ans		5 ans					
Primaire :	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	Classe spécialisée	Classe d'accueil
Secondaire :	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	Classe spécialisée		

L'élève a-t-il des frères et sœurs fréquentant l'école : Oui Non

Nom de l'établissement

MESURES PARTICULIÈRES D'ACCUEIL ET DE FRANCISATION

Le Centre de services scolaire des Trois-Lacs vous informe des mesures particulières d'accueil et de francisation pour l'année scolaire 2025-2026.

Personnes visées : Les élèves issus de l'immigration ou non francophones; ne participant pas à un programme d'échange scolaire; dont la connaissance du français ne leur permet pas de suivre, sans soutien, leurs cours dans une classe ordinaire; pour lesquels l'évaluation langagière réalisée par l'école confirme les besoins de mesures particulières.

Inscription : Si votre enfant est admissible, cochez la case intitulée « *Demande de soutien linguistique* » l'école vous contactera pour évaluer l'enfant et faire les recommandations en conséquence, en fonction des allocations ministérielles disponibles.

Demande de mesures d'accueil et de francisation :	Oui	Non
--	-----	-----

Veuillez sélectionner une ou plusieurs des situations suivantes :

Mon enfant a une référence du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (CISSMO), de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), d'un partenaire du réseau de la santé et des services sociaux et/ou du réseau scolaire. Si oui, compléter ci-joint et le remettre lors de l'inscription;

Mon enfant et nous ne parlons pas français à la maison;

Aucune de ces situations.

Langue maternelle : _____

Langue parlée à la maison : _____

Le Centre de services scolaire utilise une variété d'outils technologiques. Afin d'accéder à ces ressources, l'élève doit disposer d'un identifiant qui est aussi son adresse de courriel. L'adresse courriel est constituée du nom de famille, de la première lettre du prénom, suivi d'un chiffre si nécessaire. J'autorise le Centre de services scolaire à fournir à mon enfant une adresse courriel lui permettant d'accéder aux ressources.

Signature du parent #1, du parent #2 ou du tuteur :

Date

Quel que soit le type de garde retenu après la séparation, les deux parents conservent le droit de prendre toutes les décisions concernant l'enfant ; la signature sous-entend qu'ils se sont consultés.

Afin que votre demande soit valide pour l'année scolaire 2025-2026, votre enfant doit se présenter à l'école ou vous devez nous communiquer les motifs de son absence au plus tard le 2 septembre 2025 et il devra être présent au plus tard le 30 septembre 2025. À défaut, votre enfant pourrait être transféré vers une autre école du Centre de services scolaire si l'école a la possibilité de rapatrier des élèves transférés en raison de surplus.

ATTESTATION DE PREUVES DE RÉSIDENCE

Répondant(e) : Parent #1 Parent #2 Parent #1&2 Tuteurs

Date effective du déménagement : _____

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX		
Nom de l'élève		Prénom de l'élève
ADRESSE DE L'ÉLÈVE		
No.	Rue	Ville
Code postal	Téléphone résidentiel	
Courriel		
ÉCOLE FRÉQUENTÉE ACTUELLEMENT		
En conformité avec les exigences du MEQ, lorsque le parent inscrit son enfant pour la première fois le Centre de services scolaire des Trois-Lacs ou lorsqu'il modifie l'adresse de sa résidence, il doit fournir à l'école deux (2) preuves de résidence sur lesquelles figurent son nom et son adresse parmi la liste des documents énumérés ci-dessous : - o Acte d'achat notarié de la propriété résidentielle qui indique le nom du propriétaire; - o Avis de cotisation de Revenu Québec (RQ); * Avis de paiement de soutien aux enfants de la Régie des rentes du Québec (RRQ); - o Bail ou lettre du propriétaire; - o Compte de taxes scolaires ou municipales; * Facture ou état de compte d'électricité ou de câblodistribution (compagnie de service); - o Permis de conduire du Québec; - o Preuve d'assurance habitation; - o Preuve d'une affiliation à une association professionnelle québécoise; * Relevé d'emploi (relevé 1); * Relevé d'impôts fonciers (RL-4); * Relevé de compte bancaire du Québec, relevé de carte de crédit. Dans le doute ou lors de situations particulières, le Centre de services scolaire est en droit d'exiger la combinaison de plusieurs documents afin d'établir la preuve de résidence au Québec. * Doivent avoir été émis dans un délai de 60 jours.		
RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION DU CSSTL		
J'atteste avoir pris connaissance des documents originaux suivants, présentés pour confirmer la résidence du parent, du répondant ou du conjoint de l'élève au Québec : Nom du document 1 Nom du document 2 Signature du responsable de l'admission Date Changement fait dans GPI Transport avisé (s'il y a lieu)		

Identification de l'enfant

Nom: _____

Prénom: _____

Identification des parents

Parent 1: _____

Parent 2: _____

Garde partagée

Les frais sont partagés à _____% mère et _____% père

Réservation de base					
Veuillez cocher les périodes pour lesquelles vous avez besoin du service de garde ou de la surveillance du dîner.					
Période	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin 6h30 à 8h00					
Dîner					
Préscolaire 14h02 à 15h05					
Après-midi 15h05 à 18h00					

Fréquentation	Tarif 2025-2026
Surveillance du dîner	242,00\$ annuel / 1,35\$ journalier
Régulier	9,70\$ par jour

Signature: _____ Date: _____

QUESTIONNAIRE AUX PARENTS

ÉDUCATION PRÉSCOLAIRE 2025-2026

Ce questionnaire a comme objectif de mieux connaître votre enfant afin de l'aider plus adéquatement en assurant un meilleur suivi tout au long de son cheminement scolaire. Nous favorisons un partenariat école-famille, c'est pourquoi nous apprécions que vous preniez le temps de remplir ce formulaire. Sachez que les informations recueillies demeureront confidentielles et seront utilisées pour la formation des groupes.

1. Identification de votre enfant

Prénom et nom de votre enfant : _____

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Date de naissance : _____
Jour/Mois/Année

Rang dans la famille (1^{er}, 2^e, 3^e ...) : _____

Prénom et nom du/des frère(s) et sœur(s) à l'école : _____

Mon enfant est : ☐ Droitier ☐ Gaucher ☐ Les deux

Langue parlée à la maison : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre, précisez : _____

Mon enfant :

Comprend le français

Peut s'exprimer en français

Pas du tout

☐☐

Un peu

☐☐

Beaucoup

☐☐

Mon enfant vit :

☐ Avec ses deux parents

☐ Avec sa mère

☐ Avec son père

☐ En garde partagée

☐ En famille d'accueil

☐ Avec un tuteur

Nom du tuteur : _____

QUESTIONNAIRE AUX PARENTS

ÉDUCATION PRÉSCOLAIRE 2025-2026

2. Développement affectif de l'enfant

- ❖ Mon enfant a vécu depuis sa naissance des événements importants qui pourraient influencer son adaptation à l'école et dont il serait utile de nous informer (ex. : deuil, adoption, divorce, séparation déménagement, etc.). ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez lesquels : _____

- ❖ Mon enfant a été vu par un(e) **psychologue** ☐ Oui ☐ Non

Si oui, répondez aux questions suivantes :

Nom du spécialiste : _____

Date du début de service : _____

Date de fin de service (s'il y a lieu) : _____

Motif de consultation : _____

- ❖ Mon enfant a été vu par un(e) **psychoéducateur(trice)** ☐ Oui ☐ Non

Si oui, répondez aux questions suivantes :

Nom du spécialiste : _____

Date du début de service : _____

Date de fin de service (s'il y a lieu) : _____

Motif de consultation : _____

3. Développement physiologique de l'enfant

- ❖ Mon enfant a des antécédents médicaux qui nécessitent une attention particulière (ex. : hospitalisation, opérations, allergies, médication, naissance prématurée, etc.).

☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez lesquels : _____

- ❖ Mon enfant a été vu par un(e) **optométriste** ☐ Oui ☐ Non

- ❖ Mon enfant a été vu par un(e) **audiologiste** ☐ Oui ☐ Non

- ❖ Mon enfant a été vu par un autre spécialiste de la santé ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel ? _____

Motif de consultation : _____

QUESTIONNAIRE AUX PARENTS

ÉDUCATION PRÉSCOLAIRE 2025-2026

4. Expériences de vie de groupe

- ❖ Mon enfant a déjà fréquenté une/des garderie(s) : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, répondez aux questions suivantes :

☐ Temps plein ☐ Temps partiel

☐ Milieu familial ☐ Garderie institutionnelle

À partir de quelle âge votre enfant a fréquenté la garderie ? : _____

Nom de la/des garderie(s) : _____

Y a-t-il eu des difficultés à ce nouveau milieu ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez lesquelles : _____

- ❖ Afin d'assurer un meilleur suivi pour votre enfant, autorisez-vous l'équipe-école à communiquer avec le responsable de la/des garderie(s) ou de la/des pré-maternelle(s) ci-haut mentionnée(s) ?

☐ J'autorise ☐ Je refuse

Signature du parent : _____

5. Autonomie

Mon enfant :

S'habille seul(e)

Oui **Non**

☐ ☐

Peut enfiler ses chaussures seul(e)

☐ ☐

Peut jouer seul(e)

☐ ☐

Range lui-même ses jouets

☐ ☐

Accomplit de petites tâches à la maison

☐ ☐

Est propre le jour (contrôle vessie/intestin)

☐ ☐

Est autonome à la salle de bain (s'essuie seul)

☐ ☐

QUESTIONNAIRE AUX PARENTS

ÉDUCATION PRÉSCOLAIRE 2025-2026

6. Communication

Dans sa langue maternelle, mon enfant :

Oui Non

Écoute et est attentif quand on lui parle

☐ ☐

Comprend facilement les consignes et les questions

☐ ☐

Prononce les mots clairement

☐ ☐

S'exprime à l'aide de phrases complètes

☐ ☐

Demande facilement ce qu'il veut

☐ ☐

❖ Mon enfant a été vu par un(e) **orthophoniste** ☐ Oui ☐ Non

Si oui, répondez aux questions suivantes :

Nom du spécialiste : _____

Date du début de service : _____

Date de fin de service (s'il y a lieu) : _____

Motif de consultation : _____

7. Motricité

Mon enfant est capable :

Oui Non

D'attacher ses boutons

☐ ☐

De remonter la fermeture-éclair de son manteau

☐ ☐

De dessiner des formes reconnaissables (soleil, maison...)

☐ ☐

De faire des découpages simples

☐ ☐

De manipuler de la pâte à modeler

☐ ☐

De lancer et d'attraper un petit ballon

☐ ☐

❖ Mon enfant a été vu par un(e) **ergothérapeute** ☐ Oui ☐ Non

Si oui, répondez aux questions suivantes :

Nom du spécialiste : _____

Date du début de service : _____

Date de fin de service (s'il y a lieu) : _____

Motif de consultation : _____

QUESTIONNAIRE AUX PARENTS

ÉDUCATION PRÉSCOLAIRE 2025-2026

8. Environnement social (avec les enfants et les adultes)

Mon enfant :

Partage les jeux et les jouets

Oui Non

☐ ☐

Interagit avec les autres

☐ ☐

Est patient/tolérant

☐ ☐

Est sociable

☐ ☐

Est persévérant

☐ ☐

Est timide

☐ ☐

Cherche l'attention de l'adulte de façon négative

☐ ☐

S'oppose aux consignes données

☐ ☐

Bouscule les amis lorsqu'il est contrarié

☐ ☐

9. Attitudes et comportements

Avez-vous remarqué des difficultés particulières chez votre enfant au niveau du comportement ou de ses attitudes (agitation, sommeil perturbé, interactions sociales problématiques etc.) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez lesquelles :

En quelques mots, décrivez-nous votre enfant (ses forces, ses défis, son attitude, ses intérêts, etc).

Comment votre enfant réagit-il vis-à-vis son entrée à la maternelle ?

Fiche urgence-santé 2025-2026

ÉCOLE : _____

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Groupe : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ Fille ☐ Garçon

Adresse : _____ Date de naissance : _____
AA/MM/JJ

NUMÉROS POUR VOUS JOINDRE EN CAS D'URGENCE (ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)

PARENT #1 :	PARENT #2 :	AUTRE PERSONNE :
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Lien de parenté :	Lien de parenté :	Lien de parenté :
Tél. :	Tél. :	Tél. :
Tél. :	Tél. :	Tél. :
Tél. :	Tél. :	Tél. :
Courriel :	Courriel :	Courriel :

Afin d'assurer la sécurité de l'élève ci-haut mentionné, 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, épilepsie ou autre).

Est-ce que l'élève présente un tel problème de santé? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez compléter le verso ➡

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

Si l'élève doit prendre une médication sur une base régulière, il vous est recommandé d'annexer à cette fiche la liste des médicaments, advenant un appel aux services ambulanciers. (N.B. Le pharmacien pourra vous remettre une liste à jour, veuillez noter de la remplacer si changement).

☐ J'autorise l'infirmière scolaire du CISSSMO à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche, à recevoir, transmettre ou échanger toute information pertinente concernant l'élève avec le personnel de l'école impliqué au dossier. _____ (initiales)

☐ J'autorise l'infirmière scolaire du CISSSMO à évaluer l'état de santé de l'élève si l'école en fait la demande (ex. : malaises, signes d'infection, etc.). _____ (initiales)

Signature du parent, tuteur ou élève de 14 ans et plus.

Date : AA/MM/JJ

NOM ET PRÉNOM DE L'ÉLÈVE : _____

L'ÉLÈVE POURRAIT-IL ÊTRE À RISQUE DE NÉCESSITER DES SOINS MÉDICAUX D'URGENCE TELS QUE :

Allergie sévère nécessitant une injection d'adrénaline :

Alimentaire ☐ Oui Précisez : _____

Piqûre d'insecte ☐ Oui Précisez : _____

Autre ☐ Oui Précisez : _____

Médicament à l'école : AUTO-INJECTEUR : ☐ Oui Lequel : _____ Date d'exp. : _____
☐ Non
Autre : _____

Diabète ☐ Oui L'administration d'insuline est requise à l'école : ☐ Oui ☐ Non

☐ Stylo ☐ Pompe Précisez : _____

Autres médicaments à l'école : ☐ Oui Lequel : _____
☐ Non

Épilepsie : ☐ Oui Médication à l'école - Précisez : _____

Autres (ex. Asthme)

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

☐ Oui Précisez : _____
☐ Non

Est-ce qu'il doit prendre un médicament durant les heures de cours?

☐ Oui Lequel : _____
☐ Non

IL EST RECOMMANDÉ QUE TOUTE PERSONNE AYANT UNE CONDITION DE SANTÉ PARTICULIÈRE ET NÉCESSITANT DES SOINS D'URGENCE PORTE UN BRACELET DE TYPE "MÉDIC-ALERT".

L'ÉVALUATION INITIALE FAITE PAR L'INFIRMIÈRE EST VALIDE POUR UNE DURÉE DE DEUX ANS.

S.V.P., VEUILLEZ AVISER L'ÉCOLE ET L'INFIRMIÈRE DE TOUT CHANGEMENT.

Réservé à l'infirmière

Année scolaire : _____ - _____

Afin de contribuer au rayonnement et à la réalisation de la mission de ses établissements dans diverses activités promotionnelles ou éducatives, le Centre de services scolaire des Trois-Lacs (**CSSTL**) sollicite votre collaboration pour remplir le présent formulaire d'autorisation, lequel reflète le souci du CSSTL de respecter la vie privée et les droits des élèves, des parents et de l'ensemble de son personnel.

Le CSSTL (incluant ses écoles et ses centres) vous demande :

- de lui donner votre autorisation de prendre en photo, d'enregistrer l'image ou la voix ou d'utiliser le matériel réalisé par l'élève concerné(e) ci-dessous que vous représentez légalement;
- d'accepter que le CSSTL puisse utiliser l'image, la voix ou le matériel réalisé par l'élève concerné(e), dans le cadre des activités pédagogiques et corporatives du CSSTL, notamment :
 - ◆ sur les sites Internet du CSSTL ou de l'établissement fréquenté (son école ou son centre), incluant toutes formes d'applications, de plates-formes et de médias virtuels administrés par le CSSTL;
 - ◆ dans les publications internes de la CSSTL, incluant ses écoles et ses centres;
 - ◆ dans les publications à l'usage de la communauté entourant l'établissement fréquenté;
 - ◆ dans les médias;
 - ◆ par tous moyens mécaniques, électroniques ou autres;
- de céder gratuitement tous les droits concernant les images, la voix ou le matériel réalisé par l'élève concerné(e);
- d'accepter que l'élève concerné(e) ne sera pas rémunérée pour les séances de photo ou d'enregistrement ni pour l'utilisation de son image, de sa voix ou pour les fins décrites plus haut par le CSSTL.

J'AUTORISE LE CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE DES TROIS-LACS (INCLUANT SES ÉCOLES ET SES CENTRES)				☐ OUI	☐ NON
Nom et prénom de l'élève (en lettres moulées)				Date de naissance AAAA/MM/JJ	
Signature ♦ du parent / tuteur de l'élève concerné(e) OU ♦ de l'élève concerné(e) (si 18 ans et plus)				Date AAAA/MM/JJ	
Identification du signataire (en lettres moulées)					
Ordre d'enseignement	Primaire ☐	Secondaire ☐	FP ☐	FGA ☐	
Adresse du signataire					
Téléphone du signataire					
Courriel (si élève FP ou FGA)					
Cellulaire (si élève FP ou FGA)					

Note : Les renseignements recueillis dans ce formulaire le sont afin de valider le consentement obtenu.

AUTORISATION PARENTALE

DEMANDE DE DOSSIER

Identification de l'élève	
Prénom et nom :	
Adresse :	
Téléphone :	
Nom du père :	
Nom de la mère :	

Je soussignée, autorise _____ à transmettre
(nom de l'école actuelle de votre enfant)
à l'école des Étriers tous les renseignements au dossier jugés nécessaires au sujet de mon enfant.

❖ Académique	❖ Médical	❖ Psychoéducation
❖ Orthopédagogique	❖ Social	❖ Soutien linguistique
❖ Orthophonique	❖ Psychologique	❖ Autre

Note : Les renseignements nominatifs contenus dans ces dossiers sont confidentiels et doivent être respectés par toute personne qui y accède

Adresse courriel de l'école que votre enfant fréquente actuellement :

Signature du parent ou du tuteur

Date

Transmettre les documents par courriel à : etriers@csstl.gouv.qc.ca

Statut d'immigration de l'élève – Inscription 2025-2026

Afin de permettre une meilleure planification de l'organisation des services scolaires et de mieux desservir l'ensemble des populations scolaire, le ministère de l'Éducation désire obtenir davantage d'informations concernant la clientèle immigrante pour l'année scolaire 2025-2026.

Personnes visées : Les élèves issus de l'immigration; ne participant pas à un programme d'échange scolaire.

Nom, prénom de l'élève : _____

Veuillez identifier le statut d'immigration de l'élève :

- ☐ Citoyen canadien
- ☐ Résident permanent
- ☐ Résident non permanent
 - ☐ Titulaire d'un permis de travail
 - ☐ Titulaire d'un permis d'étude
 - ☐ Demandeur d'asile
 - ☐ Visiteur
 - ☐ Autre statut
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Ne souhaite pas répondre

Veuillez prendre note que le choix de répondre ou non à la question précédente est volontaire et le fait de ne pas y répondre n'entraînera aucune conséquence pour le répondant. Ces renseignements sont recueillis uniquement aux fins de l'offre de services éducatifs et non aux fins de déterminer le statut d'immigration.

Signature du parent #1, du parent #2 ou du tuteur

Date