

Formulaire d'inscription des élèves

À remplir par le parent/tuteur/la tutrice :

Informations sur l'élève

For Official Use Réservé à l'usage de l'administration		
<input type="checkbox"/> ES	<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> HS
<input type="checkbox"/> GE	<input type="checkbox"/> SE	<input type="checkbox"/> ELL

NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		2 ^e PRÉNOM		N° D'IDENTIFIANT DE L'ÉLÈVE	
ADRESSE DU DOMICILE (numéro, nom de la rue, n° d'apt., ville, État, code postal)					NUMÉRO DE TÉL. (DOMICILE)		
DATE DE NAISSANCE (mm/jj/aaaa)		ÂGE	GENRE <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Ni féminin ni masculin		LIEU DE NAISSANCE		LANGUE MATERNELLE/DU FOYER
NOM, VILLE, ÉTAT DU DERNIER ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE (ou de l'établissement scolaire actuel)						DERNIER GRADE TERMINÉ	
RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE MALADIE : Est-ce que l'élève a une assurance maladie ? <input type="checkbox"/> OUI ⇒ Si OUI, de quel type de couverture santé s'agit-il ? <input type="checkbox"/> Assurance maladie privée <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Child Health Plus B <input type="checkbox"/> NON ⇒ Si NON, souhaitez-vous qu'on vous contacte au sujet d'une couverture santé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					MISE EN GARDE MÉDICALE : tout problème de santé affectant la participation aux activités d'éducation physique. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
INFORMATIONS SUR L'ÉDUCATION SPÉCIALISÉE : Est-ce que l'élève reçoit des services d'éducation spécialisée ? <input type="checkbox"/> OUI ⇒ Si OUI, avez-vous une copie du Programme d'éducation personnalisé (IEP) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NON							

STUDENT NAME: LAST

Renseignements sur le parent/tuteur/la tutrice

NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		LIEN AVEC L'ÉLÈVE	
ADRESSE DU DOMICILE (numéro, nom de la rue, n° d'apt., ville, État, code postal)			LANGUE PRIVILÉGIÉE PAR LE PARENT/TUTEUR/LA TUTRICE À L'ÉCRIT : _____ À L'ORAL : _____		
NUMÉRO DE TÉL. (DOMICILE)		NUMÉRO DE TÉL. PRO./PORTABLE		E-MAIL DU PARENT/TUTEUR/DE LA TUTRICE	

FIRST

To Be Completed by Enrollment Staff (à remplir par le personnel en charge de l'inscription) :

Registration (check one): <input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Re-admit to NYC DOE (less than 1 year) <input type="checkbox"/> Re-admit to NYC DOE (longer than 1 year) <input type="checkbox"/> Code 10 Return (If Code 10 Return): <input type="checkbox"/> Student has current transcript <input type="checkbox"/> Transcript request made to out-of-New York City school Transfer Request (check one): <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Travel (HS only) <input type="checkbox"/> Child Care (ES only) <input type="checkbox"/> Sibling (ES only) <input type="checkbox"/> Other (please specify): _____ Notes: _____	Disposition: _____ Enrolled School Name _____ DBN _____
	Referred to: School Name _____ DBN _____
	1) _____
	2) _____
	3) _____

DATE:

J'ai consulté un conseiller/une conseillère, je comprends mes options et le processus des affectations scolaires. Je comprends les informations présentées et j'ai reçu les informations nécessaires pour entamer les démarches.

Nom/signature du parent/tuteur/de la tutrice : _____ Date (mm/jj/aaaa) : _____

Nom/signature du conseiller ou de la conseillère : _____

Remarques supplémentaires : _____