Centre
de services scolaire
des Hautes-Laurentides
Québec

Direction des ressources éducatives
Tél.: 819-623-4114 poste 5471

INSCRIPTION A PASSE-PARTOUT
Année scolaire 2024-2025

1. IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

CODE PERMANENT | No de FICHE

NOM DE FAMILLE DE L'ÉLÈVE | PRÉNOM DE L'ÉLÈVE

AUTRES PRÉNOMS | SEXE | DATE DE NAISSANCE | LIEU DE NAISSANCE DE L'ÉLÈVE (VILLE)

Tous les renseignements suivants seront transmis au Ministère aux fins de gestion et sont susceptibles de faire l'objet d'une vérification auprès du Directeur de l'état civil.

2. IDENTIFICATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE

NOM DU PARENT | PRÉNOM DU PARENT | ☐ RÉPONDANT | LIEU DE NAISSANCE (PROV., PAYS) | # CELLULAIRE

NOM DU PARENT | PRÉNOM DU PARENT | ☐ RÉPONDANT | LIEU DE NAISSANCE (PROV., PAYS) | # CELLULAIRE

NOM DU TUTEUR | PRÉNOM DU TUTEUR | ☐ RÉPONDANT | LIEU DE NAISSANCE (PROV., PAYS) | # CELLULAIRE

3. ACCÈS AU PORTAIL MOZAIK PARENTS ET AUTRES INFORMATIONS

ADRESSE ÉLECTRONIQUE DE LA MÈRE | LANGUE MATERNELLE

ADRESSE ÉLECTRONIQUE DU PÈRE | LANGUE PARLÉE À LA MAISON

ADRESSE ÉLECTRONIQUE DU TUTEUR | NOM DU CONTACT D'URGENCE (si répondant absent) | No DE TÉLÉPHONE

4. ADRESSE PRINCIPALE DE L'ÉLÈVE

Chez : ☐ Père/Mère ☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur

No CIVIQUE | RUE/RANG/ROUTE | No APP. | CASIER POSTAL

VILLE/VILLAGE | CODE POSTAL | No DE TÉLÉPHONE RÉSIDENCE | No DE TÉLÉPHONE AU TRAVAIL

Dans le cas d'une garde partagée, veuillez indiquer la deuxième adresse **Chez :** ☐ Mère ☐ Père

No CIVIQUE | RUE/RANG/ROUTE | No APP. | CASIER POSTAL

VILLE/VILLAGE | CODE POSTAL | No DE TÉLÉPHONE RÉSIDENCE | No DE TÉLÉPHONE AU TRAVAIL

Vous prévoyez déménager pour la prochaine année scolaire **Chez :** ☐ Père/Mère ☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur

Si oui, veuillez indiquer quelle sera la nouvelle adresse - à partir de _____

NOUVELLE ADRESSE : _____

5. INFORMATION SCOLAIRE :

École de secteur : _____

Veuillez cocher votre préférence : ☐ Passe-Partout (fin PM) ☐ Passe-Partout (en soirée)

6. CONSENTEMENT DE L'AUTORITÉ PARENTALE

J'autorise l'utilisation et la publication de photos et de vidéos de mon enfant sur la plateforme de communication TEAMS. ☐ **OUI** ☐ **NON**

J'autorise le transfert d'informations contenues dans ce formulaire et le transfert d'évaluations professionnelles au service Passe-Partout. ☐ **OUI** ☐ **NON**

Si votre enfant a déjà reçu une évaluation d'un professionnel (en psychologie, orthophonie, ergothérapie ...), vous pouvez nous en remettre une copie.

SIGNATURE ☐ PARENT ☐ TUTEUR | DATE

L'information concernant cette inscription vous sera communiquée au mois de septembre.