



8687 Highway 95A  
Kimberley BC  
V1A 3M3  
Tel: 250-432-1095  
ecole\_kimberley@csf.bc.ca

**Conseil scolaire francophone de la Colombie-Britannique**  
**École Francophone de Kimberley**  
**Formulaire d'inscription**

**Information d'inscription de l'élève / *Student enrollment information***

Nom/*Last name* :

Prénom/*First name* :

Autre/*Middle name* :

Date de naissance/*Birth date*(dd/mm/yyyy) :

Lieu de naissance/*Birth place* :

Niveau/*Grade*:

Sexe/*Gender* :

Adresse/*Address* :

**Information concernant l'élève / *Student demographic information***

**Nom du parent ou tuteur/*Parent or legal guardian* :**

**Nom du parent ou tuteur/*Parent or legal guardian* :**

Parle français/*Speak french*:

Oui/Yes  Non/No

Parle français/*Speak french*:

Oui/Yes  Non/No

Adresse/*Address* : \_\_\_\_\_

(Si différente de l'enfant/*if different from child's*)

Code postal/*Postal code* : \_\_\_\_\_

Adresse/*Address* :

(Si différente de l'enfant/*if different from child's*)

Code postal/*Postal code* :

**Numéros de téléphone/*Phone numbers***

**Numéros de téléphone/*Phone numbers***

Maison/*Home* :

Maison/*Home* :

Cellulaire/*Mobile* :

Cellulaire/*Mobile* :

Travail/*Work* :

Travail/*Work* :

**Information concernant l'élève / Student demographic information – suite**

Langue principale parlée à la maison/Primary language spoken at home :

Élève vit avec/Student lives with : \_\_\_\_\_

Origine autochtone/Aboriginal ancestry :  Oui/Yes  Non/No  Non-status/Non-status

Nom et adresse de la dernière école(Name and address of last school attended) :

**Personnes à contacter / Student contact information**

Si nous devons vous contacter pour motiver une absence ou si votre enfant est malade, veuillez indiquer ci- dessous le nom et le numéro de téléphone de la personne la plus facile à rejoindre. /Please indicate below the name and phone number of the person the easiest to reach in case of an absence or if your child is sick :

Nom/Name: \_\_\_\_\_  : \_\_\_\_\_

En cas d'urgence, si nous n'arrivons pas à vous rejoindre, veuillez indiquer le nom et numéro de téléphone des personnes à contacter ci-dessous. /In case of emergency, if we cannot reach you, please indicate below the names and phone numbers of persons we can contact.

**Contact d'urgence #1/Emergency contact #1**

Lien avec l'enfant/Relationship with child: \_\_\_\_\_

Parle français/Speak french :  
 Oui/Yes  Non/No

**Contact d'urgence #2/Emergency contact #2**

Lien avec l'enfant/Relationship with child: \_\_\_\_\_

Parle français/Speak french :  
 Oui/Yes  Non/No

**Numéros de téléphone/Phone numbers**

Maison/Home :

Cellulaire/Mobile :

Travail/Work :

**Numéros de téléphone/Phone numbers**

Maison/Home :

Cellulaire/Mobile :

Travail/Work :

**Contact d'urgence #3/Emergency contact #3**

Lien avec l'enfant/Relationship with child: \_\_\_\_\_

Parle français/Speak french :  
 Oui/Yes  Non/No

**Numéros de téléphone/Phone numbers**

Maison/Home :  
Cellulaire/Mobile :  
Travail/Work :

**Contact d'urgence #4/Emergency contact #4**

Lien avec l'enfant/Relationship with child: \_\_\_\_\_

Parle français/Speak french :  
 Oui/Yes  Non/No

**Numéros de téléphone/Phone numbers**

Maison/Home :  
Cellulaire/Mobile :  
Travail/Work :

**Information médicale (confidentiel) / Confidential medical information**

# BC Service Card : \_\_\_\_\_

**Problème de vue/Vision problem :**  
 Oui/Yes  Non/No

Appareil auditif/Hearing aid :  
 Oui/Yes  Non/No

**Médecin de famille / Family doctor :**  
Nom/Name : \_\_\_\_\_

 : \_\_\_\_\_

**Allergies/Allergies :**  
Si oui, spécifiez / if yes, specify :  
\_\_\_\_\_

**Épipen/Epipen :**  
 Oui/Yes  Non/No  
Besoin de traitement, spécifiez / Needs treatment, specify : \_\_\_\_\_  
Médicaments/Medications :  
\_\_\_\_\_

**Asthme/Asthma:**  Oui/Yes  Non/No  
Traitement d'urgence/Emergency treatment : \_\_\_\_\_

**Diabète /Diabetes :**  
 Oui/Yes  Non/No  
Besoin d'insuline/Needs insuline :  
\_\_\_\_\_

**Epilepsie/Epilepsy:**  Oui/Yes  Non/No  
Type d'épilepsie/Epilepsy type :  
\_\_\_\_\_

Médicament/Medication : \_\_\_\_\_

**Condition cardiaque/Heart condition**  
 Oui/Yes  Non/No

Restrictions dans les activités physiques/  
Physical activity limit :  
\_\_\_\_\_

Autres/Other, Précisez/Specify : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Toute autre information pertinente / *Any additional information***