



Une photo récente de
 votre enfant ici

FICHE D'IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE ET DE SES PARENTS / TUTEURS LÉGAUX

ÉLÈVE	Nom :		Prénom :	
	Autre(s) prénom(s) : <small>(Tel(s) qu'inscrit(s) sur le certificat de naissance)</small>			
	Date de naissance :		Code permanent : <small>(Tel qu'inscrit au bulletin scolaire)</small>	
	Lieu de naissance : <small>(Ville et pays, province si Canada)</small>			
	Langue maternelle :		Langue principale parlée à la maison :	
	Religion :			
PARENT 1 Cochez une case <input type="radio"/> Féminin <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Non-binaire	Nom :		Prénom :	
	Adresse postale :	Numéro, Rue		Appartement
		Ville		Code postal
	Adresse courriel :		Tél. cellulaire :	
	Tél. maison :		Tél. travail :	
	PARENT 2 Cochez une case <input type="radio"/> Féminin <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Non-binaire	Nom :		Prénom :
<input type="radio"/> Cochez si c'est la même adresse que PARENT 1.				
Adresse postale :		Numéro, Rue		Appartement
		Ville		Code postal
Adresse courriel :		Tél. cellulaire :		
Tél. maison :		Tél. travail :		
▶▶▶ La correspondance doit être envoyée à :	Parent 1 <input type="radio"/> Parent 2 <input type="radio"/> Les deux parents <input type="radio"/> Tuteur légal, spécifiez les coordonnées ci-dessous <input type="radio"/>			
	Nom tuteur :		Prénom tuteur :	
	Adresse postale :			
	Adresse courriel :		Tél. maison :	
			Tél. cellulaire :	
▶▶▶ Avez-vous un enfant qui fréquente l'École Vanguard présentement ?	<input type="radio"/> Oui	Nom de l'enfant qui fréquente l'École Vanguard : _____		
	<input type="radio"/> Non	Fréquente le niveau : <input type="radio"/> Primaire <input type="radio"/> Secondaire		
N.B. Les renseignements fournis feront partie du dossier de l'élève et resteront confidentiels. Service des admissions / École Vanguard, 5935, ch. de la Côte-de-Liesse, Saint-Laurent, QC, H4T 1C3 Tél. 514.747.5500 poste 6317				
Formulaire complété le : _____		Par : <input type="radio"/> Parent 1 <input type="radio"/> Parent 2 <input type="radio"/> Tuteur légal		

HISTOIRE FAMILIALE	
1.	L'enfant demeure avec : Ses deux parents <input type="radio"/> Parent 1 <input type="radio"/> Parent 2 <input type="radio"/> En garde partagée <input type="radio"/> Autre <input type="radio"/>
2.	Dans le cas d'une garde partagée, veuillez en spécifier la fréquence.
3.	Si l'enfant n'habite pas avec un de ses parents naturels, veuillez expliquer.
4.	Si les parents sont séparés, qui a la garde légale de l'enfant?
5.	Quelqu'un dans la famille a-t-il eu des difficultés de langage ou à apprendre à lire ou a éprouvé de la difficulté dans son travail scolaire en général? Si oui, veuillez indiquer la difficulté et le lien de parenté.

AUTRES ENFANTS DE LA FAMILLE	NOM	ÂGE	LIEN DE PARENTÉ (frère, demi-frère, etc...)	NIVEAU SCOLAIRE

HISTOIRE MÉDICALE	
GROSSESSE	1. La grossesse s'est-elle déroulée AVEC des complications? Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
	Si oui, expliquez.

NAISSANCE ET ENFANCE	1. L'enfant est-il né à terme? Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
	2. Sinon, veuillez indiquer le nombre de semaines de gestation.
	3. Quel était son poids?
	4. La naissance s'est-elle déroulée AVEC des complications? Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
	Si oui, expliquez.

SANTÉ	5. Votre enfant a-t-il déjà eu des EXAMENS ou des ÉVALUATIONS en : (Veuillez noter la plus récente)		
	NEUROLOGIE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Où?	
		Quand?	
		Qui?	
		Diagnostic :	
	ORTHOPHONIE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Où?	
		Quand?	
		Qui?	
		Diagnostic :	
	AUDIOLOGIE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Où?	
		Quand?	
		Qui?	
		Diagnostic :	
	PSYCHOLOGIE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Où?	
		Quand?	
		Qui?	
		Diagnostic :	
	PÉDOPSYCHIATRIE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Où?	
		Quand?	
		Qui?	
		Diagnostic :	
	ORTHOPÉDAGOGIE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Où?	
		Quand?	
		Qui?	
		Diagnostic :	
	OPTOMÉTRIE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Où?	
		Quand?	
		Qui?	
Diagnostic :			

SANTÉ	6. Votre enfant est-il ou a-t-il déjà été SUIVI par un professionnel?		
	1	Profession	
		Nom du professionnel	
		Date (la plus récente)	
		Adresse	
		Téléphone	
		Motif du suivi	
		Fréquence	
	2	Profession	
		Nom du professionnel	
		Date (la plus récente)	
		Adresse	
		Téléphone	
		Motif du suivi	
		Fréquence	
	3	Profession	
		Nom du professionnel	
		Date (la plus récente)	
		Adresse	
		Téléphone	
		Motif du suivi	
		Fréquence	
	4	Profession	
		Nom du professionnel	
		Date (la plus récente)	
		Adresse	
		Téléphone	
		Motif du suivi	
Fréquence			

DÉVELOPPEMENT PERSONNEL

1. Considérez-vous votre enfant comme :

	Oui	Non	COMMENTAIRES
Ayant le goût d'apprendre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Curieux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Responsable et autonome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Perfectionniste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Très sensible à l'échec	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ayant de la difficulté à exprimer clairement ses messages	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ayant de la difficulté à comprendre les informations qu'il entend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ayant des difficultés de motricité fine (dessin, calligraphie, découpage...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ayant des difficultés de motricité globale (nager, sauter, grimper...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Peu actif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Inattentif : facilement distrait par les bruits extérieurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Inattentif : facilement absorbé par ses pensées ou lunatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hypersensible aux bruits de l'environnement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hyperactif (trop actif)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Impulsif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Opposant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sujet à des crises de colère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Agressif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Renfermé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Anxieux ou préoccupé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Souvent triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Très sensible aux changements de routine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sensible aux sentiments des autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Habile à se faire des amis facilement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

2. Quelles sont les qualités, les lignes de force de la personnalité de votre enfant?
3. Quels sont ses intérêts, ses compétences, ses passe-temps, ses livres préférés?
4. Quelle opinion votre enfant semble-t-il avoir de lui-même?

HISTOIRE SCOLAIRE
1. Décrivez votre enfant quant à son travail scolaire.
2. Décrivez votre enfant quant à son comportement à l'école.
3. Quel problème vous inquiète le plus au niveau scolaire?

4. Quel problème vous inquiète le plus au niveau de la personnalité de votre enfant?
5. À votre avis, quelle est la source de ses problèmes?
6. Comment réalise-t-il ses travaux scolaires à la maison? (travaille seul, a besoin de votre présence, de votre aide...)
7. Quelle est la perception de votre enfant vis-à-vis de l'école?

<p>Ce questionnaire a été rempli par : _____</p> <p>Signature : _____ Date : _____</p>
--

N.B. N'oubliez pas de remplir l'historique de fréquentation scolaire ci-joint.

<p>AUTORISATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE</p> <p>Par la présente, j'autorise la personne responsable de l'admission à l'École Vanguard au niveau primaire à communiquer avec les intervenants de l'école que fréquente mon enfant (l'enseignant, l'orthopédagogue, la direction) dans le but d'obtenir des informations supplémentaires concernant mon enfant et son profil académique. Cette autorisation sera valide pour toute la durée d'attente précédant l'admission de mon enfant.</p> <p>Signature : _____ Date : _____</p> <p>Lien avec l'enfant : _____</p>
--

HISTORIQUE DE FRÉQUENTATION SCOLAIRE

(S.V.P. remplir en débutant par la dernière année de fréquentation scolaire de votre enfant)

Année	Nom de l'école	Niveau	Langue		Type de classe		Services additionnels					COMMENTAIRES (Progrès académiques / comportement)	
			Français	Anglais	Régulier	Classe spéciale	Orthopédagogie	Travail social	Orthophonie	Psychologie	Autre		
20__ - 20__													
20__ - 20__													
20__ - 20__													
20__ - 20__													
20__ - 20__													
20__ - 20__													
20__ - 20__													
20__ - 20__													
20__ - 20__													
20__ - 20__													
20__ - 20__													
20__ - 20__													
20__ - 20__													