



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, 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 : | | <small>Numéro, Rue</small> <small>Appartement</small> | |
| | | | <small>Ville</small> <small>Code postal</small> | |
| | 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 : | | <small>Numéro, Rue</small> <small>Appartement</small> | |
| | | | <small>Ville</small> <small>Code postal</small> | |
| | 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 Parent 1 Parent 2 En garde partagée Autre

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 : | |
| NEUROPSYCHOLOGIE 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 : | |
| OPHTALMOLOGIE 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. Veuillez identifier l'aptitude de votre enfant à s'entendre :

| | Difficile | Moyen | Facile |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Avec : Parent 1 <input type="radio"/> Féminin <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Non-binaire | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avec : Parent 2 <input type="radio"/> Féminin <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Non-binaire | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avec sa (ses) sœur(s) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avec son (ses) frère(s) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avec son (ses) professeur(s) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avec les jeunes de son âge | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2. 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 se faire comprendre verbalement lorsqu'il parle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Capable de suivre facilement une conversation | <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"/> | |

DÉVELOPPEMENT PERSONNEL (suite)

2. Considérez-vous votre enfant comme :

| | Oui | Non | COMMENTAIRES |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------|
| Difficile ou « différent » | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Mal à l'aise en société | <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"/> | |
| Habile à se faire des amis facilement | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Sensible aux sentiments des autres | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Autres difficultés : | | | |

3. Quelles sont les qualités, les lignes de force de la personnalité de votre enfant?

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

4. Quels sont ses intérêts, ses compétences, ses passe-temps, ses livres préférés?

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

5. 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 sur le plan scolaire?

4. Quel problème vous inquiète le plus sur le plan personnel chez 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?

8. Comment l'enseignant de votre enfant explique-t-il ses difficultés?

Ce questionnaire a été rempli par : _____

Signature : _____ Date : _____

N.B. Veuillez également remplir l'historique de fréquentation scolaire ci-joint.

AUTORISATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Par la présente, j'autorise la personne responsable des admissions à l'École Vanguard au niveau secondaire 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.

Signature : _____ Date : _____

Lien avec l'enfant : _____

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__ | | | | | | | | | | | | | |
| 20__ - 20__ | | | | | | | | | | | | | |