

Ne tardez pas, inscrivez-vous MAINTENANT à ce

Catapult Learning



Je. Renseignements pour l'étudiant - (en caractères d'imprimerie)

Veuillez utiliser Nom légal de l'étudiant et École de l'année en cours

information Date : Prénom : _____

Deuxième prénom : _____

Niveau scolaire actuel : _____

Adresse de l'étudiant (inclure l'adresse physique si vous utilisez une case postale pour le courrier) :

Ville: _____ État: _____ Fermeture éclair: _____

Parent/tuteur : _____

Téléphone résidentiel : _____

Téléphone professionnel : _____

Téléphone portable: _____

Adresse e-mail : _____

Contact d'urgence : _____

Téléphone d'urgence : _____

Téléphone portable d'urgence : _____ Origine ethnique : (cercle un) Asiatique/insulaire du Pacifique Genre amérindien : (encerclez un)

Mâle Femelle

Date de naissance: _____

École actuelle : _____

Professeur principal : _____

II. Transports

Transport en bus

Votre enfant prendra-t-il l'autobus ? Oui _____ Non _____

Si oui, votre enfant a-t-il besoin d'un transport AM ? _____ et/ou transport PM _____ (cochez les deux si les deux sont

nécessaires) Adresse de transport (si différente

de celle ci-dessus) :

Autres transports

Voiture à pied Pris en charge par : _____

Garderie : _____

Autre: _____

III. Renseignements sur la santé

Problèmes ou préoccupations de santé : Oui ___ Non _____

Dans l'affirmative, veuillez décrire : _____

Votre enfant prend-il actuellement des médicaments à l'école ? Oui

_____ Non _____

Nom du (des) médicament(s) : _____

Votre enfant est-il allergique à quelque chose ? Oui _____

Non _____ Dans

l'affirmative, veuillez indiquer : _____

Votre enfant aura-t-il besoin de médicaments pendant le voyage d'été ? Oui*

_____ Non _____

Nom du médicament : _____

*Si oui, l'enfant doit avoir un formulaire médical sur place.

Nom et numéro de téléphone du ou des médecin(s) :

Préférence d'hôpital : _____

En cas d'accident ou de maladie grave, je demande au personnel de l'école de me contacter, d'alterner les personnes autorisées,

ou le médecin désigné. S'il est impossible de me joindre, de contacter les personnes autorisées ou le médecin, le personnel de l'école peut prendre les dispositions d'urgence nécessaires pour prendre soin de mon enfant. Oui _ Non _

IV. Libération de la photo

Je permettrai que toutes les photos prises de mon enfant pendant la participation au voyage d'été soient utilisées à des fins publicitaires et promotionnelles. Oui _____ Non _____

Je permettrai que toutes les photos prises de mon enfant lors de sa participation au voyage d'été soient partagées sur les médias

Signature du parent/tuteur : _____

Date: _____