

Office Use Only
Enrollment Date: _____
Records Requested Date: _____
Birth Certificate Verification Date: _____

**Nouvelle inscription / Carte d'urgence
Circonscription scolaire Fox Point-Bayside**

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

Nom de famille de l'élève : (tel qu'il apparaît sur l'acte de naissance)		Prénom de l'élève : (tel qu'il apparaît sur l'acte de naissance)		Deuxième prénom de l'élève :	
Classe :		Sexe : M F		Date de naissance :	
Ville de naissance :		État/Province de naissance :		Pays de naissance :	
				Comté de naissance :	
Origine ethnique					
1. Cet enfant est-il hispanique ou latino ? (choisissez une seule réponse) <input type="checkbox"/> Non, ni hispanique ni latino <input type="checkbox"/> Oui, hispanique ou latino					
2. Cet enfant est-il : (Choisissez une ou plusieurs réponses. Vous devez sélectionner au moins une réponse.)					
<input type="checkbox"/> Amérindien ou natif de l'Alaska <input type="checkbox"/> Noir ou afro-américain <input type="checkbox"/> Blanc					
<input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Natif d'Hawaï ou d'autres îles du Pacifique					

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS/TUTEURS

Famille 1 (PRIMAIRE) Où l'élève réside

Adresse du domicile :		Ville		État		Code postal	
Nom (Contact principal) :				Nom (Contact secondaire) :			
Cochez une seule case : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Beau-parent <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre				Cochez une seule case : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Beau-parent <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre			
Adresse e-mail :				Adresse e-mail :			
Numéro de téléphone principal (tous les appels automatisés seront transmis à ce numéro) : <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Bureau							
Deuxième téléphone :			Deuxième téléphone :				
<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Bureau			<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Bureau				
Troisième téléphone :			Troisième téléphone :				
<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Bureau			<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Bureau				
Employeur :				Employeur :			

Famille 2

Adresse du domicile :		Ville		État		Code postal	
Nom :				Nom :			
Cochez une seule case : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Beau-parent <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre				Cochez une seule case : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Beau-parent <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre			
Téléphone du domicile :							
Adresse e-mail :				Adresse e-mail :			
Téléphone au travail :				Téléphone au travail :			
Téléphone cellulaire :				Téléphone cellulaire :			
Employeur :				Employeur :			

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA GARDE

L'élève réside à : Résidence principale Résidence secondaire Placement mixte
 Autre (veuillez expliquer) _____

Qui a la garde légale de l'élève ?

Mère et père Mère seulement Père seulement Garde partagée Autre _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES FRÈRES ET SŒURS

Prénom	Nom de famille	Sexe	Date de naissance	Classe	Établissement scolaire (si scolarisé)

DERNIER ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE FRÉQUENTÉ

(pour les enfants entrant en maternelle, indiquer les établissements préscolaires fréquentés, le cas échéant)

Nom de l'établissement scolaire :			Dernière classe accomplie :
Adresse :	Ville/État/Province :	Code postal :	Téléphone :
Première année de scolarisation aux États-Unis de l'enfant :		Votre enfant a-t-il été renvoyé d'une circonscription scolaire antérieure ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Votre enfant participe-t-il actuellement à l'une des options de programme suivantes ?

Anglais comme deuxième langue <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Programme pour les élèves doués et talentueux <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Plan d'aménagements 504 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre enfant a-t-il en premier appris à parler une langue autre que l'anglais ou réside-t-il dans un foyer où une langue autre que l'anglais est parlée ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Si oui, quelle langue ?		

Les renseignements suivants sont utilisés dans le cadre du processus d'évaluation de la réglementation PI 11.02(2)(b) visant à identifier les élèves qui nécessitent ou nécessitent éventuellement des services d'enseignement spécialisé.

Votre enfant présente-t-il l'une des conditions suivantes ?

Votre enfant suivait-il un programme d'enseignement individualisé (PEI) ou un projet d'accompagnement personnalisé (PAP) dans son ancienne école ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
--	---

Trouble d'apprentissage spécifique (SLD, Specific Learning Disability)	OUI	NON	Autisme (A)	OUI	NON
Trouble émotionnel et du comportement (EBD, Emotional Behavioral Disability)	OUI	NON	Déficience intellectuelle / Autre trouble du développement	OUI	NON
Troubles de la parole et du langage	OUI	NON	Handicap orthopédique (OI, Orthopedic Impairment)	OUI	NON
Traumatisme cérébral (TBI, Traumatic Brain Injury)	OUI	NON	Autre problème de santé (OHI, Other Health Impairment)	OUI	NON

Déficience visuelle (VI, Visual Impairment)	OUI	NON
Déficience auditive (HI, Hearing Impairment)	OUI	NON

Retard de développement important (SDD, Significant Developmental Delay)	OUI	NON
Autre, veuillez indiquer :		

Votre enfant a-t-il déjà été évalué ou placé dans un programme d'enseignement spécialisé ? (Cela comprend les services à la petite enfance avant d'entrer à la maternelle.) Si oui, veuillez décrire :		OUI	NON
Avez-vous des enfants plus jeunes (âgés de 0 à 5 ans) qui peuvent être admissibles à des programmes spécialisés ou exceptionnels ? Si oui, veuillez les indiquer ci-dessous.		OUI	NON
Prénom	Nom de famille	Date de naissance	

RENSEIGNEMENTS EN CAS D'URGENCE

Nom(s) de la/des personne(s) à appeler lorsque le parent/tuteur ne peut pas être joint

Nom	Relation	Domicile	Travail	Cellulaire

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom du médecin :	Numéro de téléphone du médecin :	Dentiste :	Numéro de téléphone du dentiste :
Problèmes de santé importants :			
Allergies connues (veuillez préciser) :			
Votre enfant devra-t-il prendre des médicaments sur ordonnance ou en vente libre à l'école ?			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, veuillez communiquer avec l'administration pour obtenir le formulaire approprié.			
Si l'administration scolaire détermine qu'un traitement d'urgence est nécessaire, j'autorise mon enfant à être transporté par ambulance à l'hôpital pour être soigné. Je comprends que le fournisseur de services ambulanciers se réserve le droit de transporter le patient à l'hôpital le plus proche de son choix s'il le juge nécessaire.			
Par la présente, j'autorise le(s) médecin(s) de l'hôpital à fournir des soins d'urgence à mon enfant. Les renseignements ci-dessus sont à ma connaissance exacts et à jour.			
Signature du parent/tuteur : _____		Date : _____	

VÉRIFICATION DE RÉSIDENCE

Trois documents sont requis : au moins un document répertorié dans la colonne A et deux documents répertoriés dans la colonne B.
REMARQUE : les permis de conduire et les factures de téléphone cellulaire ne sont pas acceptés comme preuve de résidence.

COLONNE A : (Au moins un des documents suivants)	COLONNE B : (Deux des documents suivants)
<ol style="list-style-type: none">1. Avis d'impôt foncier2. Acte d'achat de résidence3. Bail ou contrat d'achat d'un bien immobilier situé dans les limites de la circonscription<ol style="list-style-type: none">a. Le bail doit inclure le nom de l'immeuble d'habitation et le numéro de téléphone du propriétaire.b. Le ou les parents et l'élève déclarant résider dans une propriété locative doivent être nommés comme occupants dans le bail signé.	<ol style="list-style-type: none">1. Facture d'électricité, de gaz ou d'eau (uniquement) du mois en cours2. Certificat d'immatriculation du véhicule3. Relevé d'assurance-santé ou automobile4. W-2, Allocation supplémentaire de revenu de sécurité (SSI), Medicaid, BadgerCare ou autre déclaration de prestations du comté, de l'État ou fédérale5. Avis de renouvellement de la plaque d'immatriculation6. Avis de renouvellement du permis de conduire7. Autre document approuvé par la circonscription en cas de circonstances atténuantes

La loi 121.77 de l'État du Wisconsin exige que les élèves soient scolarisés dans la circonscription de leur résidence et que la circonscription scolaire facture des frais de scolarité aux élèves non résidents. La circonscription examine et vérifie la résidence. Les parties responsables signant ce certificat seront tenues responsables du paiement des frais de scolarité et de tout autre frais d'enseignement supplémentaire ou autre, s'il est déterminé que l'élève ne réside pas dans la circonscription.

En tant que parent/tuteur, j'atteste par la présente que nous résidons actuellement dans cette circonscription ou que nous avons rempli les formalités administratives requises pour une scolarisation dans cette circonscription. Les renseignements fournis sur ce formulaire sont exacts.

Signature du parent/tuteur : _____ **Date :** _____

Cette circonscription n'exerce aucune discrimination fondée sur le sexe, la race, l'origine nationale, l'âge, l'ascendance, la croyance, la grossesse, l'état matrimonial et le statut parental, l'orientation sexuelle ou physique, les troubles mentaux, émotionnels ou d'apprentissage, ni tout autre handicap ou autre motif interdits par la loi fédérale ou de l'État.