



FORMULAIRE DE CHOIX DE COURS

9^E ANNÉE

NOM DE L'ÉLÈVE

2018-19

Prières de compléter chacune des étapes suivantes.

1. Choisissez vos cours obligatoires

	THÉORIQUE	APPLIQUÉ	OUVERT
Encerclez UN cours de Français	FRA1DF	FRA1PF	FRA1LF
Encerclez UN cours de Mathématiques	MPM1DF	MFM1PF	MAT1LF
Encerclez UN cours de Science	SNC1DF	SNC1PF	SNC1LF
Encerclez UN cours d'English	EAE1DE	EAE1PE	EAE1LE
Encerclez UN cours de Géographie	CGC1DF	CGC1PF	
Encerclez UN cours de Vie active et santé	OUVERT	PPL1OF	OU PAL 2OF (Hockey)

2. Maintenant que vous avez choisi 6 des 8 cours obligatoires pour les 9^e années, vous devez choisir et encercler DEUX AUTRES COURS OUVERTS de la liste suivante:

Encerclez UN cours parmi les 2 choix suivants	OUVERT TDJ2OF Technologie du design	OU	OUVERT HFN1OF Alimentation et nutrition
Encerclez UN cours parmi les 2 choix suivants	AVI1OF Arts visuels	OU	BTT1OF Introduction à l'informatique

3. Prière de signer le formulaire de choix de cours dûment rempli et le retourner à l'enseignant(e) de la 8^e année **le plus tôt possible** ou à l'École secondaire publique Northern. Pour de plus amples renseignements et/ou si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec nous en composant le (705) 753.2888. Il nous ferait plaisir de vous aider.

Signature de l'élève: _____

Date: _____

Signature du parent: _____

Date: _____

Ma langue, ma culture, mon éducation en français!

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉLÈVE

Nom de famille		Prénom		Deuxième prénom	
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	D.D.N (jj/mm/aaaa)	N° de carte santé		Année d'étude visée	
Adresse civique et postale :	Case postale	N° de rue		Rue	
	Ville ou village	Code postal		N° de téléphone	
Première langue (cocher une seule case) :		<input type="checkbox"/> français	<input type="checkbox"/> anglais	<input type="checkbox"/> autre (préciser) : _____	
Langue principale à la maison (cocher une seule case) :		<input type="checkbox"/> français	<input type="checkbox"/> anglais	<input type="checkbox"/> autre (préciser) : _____	
Nom de l'école précédente (s'il y a lieu) :		Difficulté d'apprentissage ou aide supplémentaire		<input type="checkbox"/> oui	

RENSEIGNEMENT CONCERNANT LES PARENTS

Mère <input type="checkbox"/> ou Tutrice <input type="checkbox"/> (s.v.p. cocher)		Père <input type="checkbox"/> ou Tuteur <input type="checkbox"/> (s.v.p. cocher)	
Nom :		Nom :	
Adresse (si différente de l'élève):		Adresse (si différente de l'élève) :	
N° de téléphone à la maison :		N° de téléphone à la maison :	
N° de téléphone cellulaire :		N° de téléphone cellulaire :	
Adresse courriel :		Adresse courriel :	
Employeur :		Employeur :	
N° de téléphone au travail :		N° de téléphone au travail :	
Première langue : (cocher une seule case) <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> autre (préciser) _____		Première langue : (cocher une seule case) <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> autre (préciser) _____	
Langue principale à la maison : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> autre (préciser) _____		Langue principale à la maison : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> autre (préciser) _____	
<input type="checkbox"/> Habite avec l'élève	<input type="checkbox"/> Garde partagée	<input type="checkbox"/> Formulaire de transport	
<input type="checkbox"/> Garde légale à la mère	<input type="checkbox"/> Aucun accès à l'enfant		
<input type="checkbox"/> Habite avec l'élève	<input type="checkbox"/> Garde partagée	<input type="checkbox"/> Formulaire de transport	
<input type="checkbox"/> Garde légale à la mère	<input type="checkbox"/> Aucun accès à l'enfant		

CONDITION MÉDICALE DE L'ÉLÈVE

Allergies sévères: <input type="checkbox"/> Oui (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Non	Utilisation d'un auto-injecteur d'épinéphrine (Epipen): <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom du médecin :	N° de téléphone :

RENSEIGNEMENTS SUR LE CONTACT D'URGENCE

Nom :	Relation :
N° de téléphone(s) :	

SIGNATURES

Signature de l'élève :	Date :
Signature du parent / tuteur ou tutrice :	Date :

* Les renseignements personnels contenus dans ce formulaire sont recueillis et utilisés en vertu de la Loi sur l'éducation et la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée.