



École Henri-Bourassa et Soleil-de-l'Aube  
283, boulevard Iberville  
Repentigny (Québec) J6A 2A4  
450-492-3517

Demande d'admission au programme alternatif Soleil-  
de-l'Aube Année scolaire 2024-2025

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Sexe :

Date de naissance :

Âge au 30 septembre 2024 :

Langue maternelle                      Français                      Anglais                      Autre

Langue parlée à la maison      Français                      Anglais                      Autre

Classe prévue en 2024 :

Établissements fréquentés (Garderies et écoles)

Nom de l'établissement	Âge	Degré	Type de classe	Année

J'autorise la direction de l'école à entrer en contact avec les établissements mentionnés ci-haut.

La famille

Nom et prénom du parent 1

Décédé

Nom et prénom du parent 2

Décédé

Enfant unique

Prénom et âge des autres enfants :

Prénom de l'enfant	Âge

Adresse:

Téléphone domicile :

Téléphone parent 1 :

Téléphone parent 2 :

Une fois le formulaire dûment complété, veuillez le faire parvenir à l'adresse courriel suivante : [admissions.012@cssda.gouv.qc.ca](mailto:admissions.012@cssda.gouv.qc.ca) et inscrire comme objet : demande d'admission pour « nom de l'enfant »

DATE DE SOUMISSION DE L'INSCRIPTION :

Est-ce votre première demande d'admission: Oui Non

Le présent document est confidentiel et sera détruit 2 ans après la date d'inscription.

*Important : En envoyant cette demande d'admission, vous autorisez les membres du comité d'admission de l'école alternative Soleil-de-l'Aube à avoir accès aux renseignements contenus dans ce formulaire.*

Si vous avez plusieurs enfants pouvant fréquenter l'école l'an prochain, vous répondez aux questions 1 et 3 une seule fois. Toutes les autres questions doivent être répondues pour chaque enfant. S'il-vous-plaît, joindre une copie du plus récent bulletin pour les élèves de la 1<sup>ière</sup> à la 6<sup>e</sup> année.

Le formulaire est à compléter par le parent et vous devez respecter l'espace alloué pour chaque question.

**AUCUN DOCUMENT SUPPLÉMENTAIRE (VIDÉO, LETTRE, SITE WEB, ETC.) NE SERA ACCEPTÉ.**

***Suite à l'envoi de votre formulaire, vous recevrez une confirmation de réception de la secrétaire. Si vous ne recevez pas de confirmation dans les 48h, veuillez communiquer avec l'école au 450-492-3517 poste 4012***

1. ***Tout en faisant le lien avec vos valeurs familiales et à travers des exemples concrets***, quels sont les aspects qui vous interpellent le plus à la suite de la lecture du référentiel?  
(Si vous avez déjà répondu à cette question pour un autre enfant, vous passez à la question suivante)

2. Qu'aimeriez-vous que votre enfant développe à Soleil-de-l'Aube?

3. Comment pensez-vous participer à la vie de l'école? (Si vous avez déjà répondu à cette question pour un autre enfant, vous passez à la question suivante)

4. Quelles sont les forces de votre enfant qui favoriseraient son bon fonctionnement à l'école alternative?

5. Quels sont les principaux défis que votre enfant aura à surmonter ou à améliorer pour bien fonctionner à l'école alternative?

Avez-vous assisté à notre soirée d'information?      Oui      Non

Avez-vous participé à nos portes ouvertes ?      Oui      Non

Si vous présentez une demande d'admission pour le primaire (1<sup>ière</sup> à la 6<sup>e</sup> année), veuillez expliquer pour quel motif vous désirez que votre enfant change d'école.

Comment avez-vous entendu parler de l'école alternative Soleil-de-l'Aube?

À la garderie

Bouche à oreille

Site de l'école

Site du CSSDA

Autre, précisez svp



À compléter par l'enfant avec l'aide des parents

Pour les enfants qui fréquenteront le primaire (1<sup>re</sup> à la 6<sup>e</sup> année)

As-tu le goût de venir à l'école alternative?

Pourquoi?

As-tu des amis qui fréquentent l'école alternative?

## Formulaire santé à compléter par le parent

**Nom de l'enfant :**

Afin que chaque enfant reçoive le service auquel il a droit en fonction de ses besoins spécifiques et pour nous permettre de respecter les règles administratives fixées par le Centre de services scolaire, nous vous remercions de nous transmettre toutes les informations concernant votre enfant. Ces informations n'auront pas d'impact sur l'acceptation de votre enfant à l'école alternative Soleil-de-l'Aube.

Mon enfant a été évalué en optométrie :

Motif de consultation :

Conclusion :

Mon enfant a été évalué en audiologie :

Motif de consultation :

Conclusion :

Mon enfant a été évalué en orthophonie :

Motif de consultation :

Conclusion :

Mon enfant a été évalué en ergothérapie :

Motif de consultation :

Conclusion :

Mon enfant a été évalué en psychologie :

Motif de consultation :

Conclusion :

Mon enfant est en attente de diagnostic :

(CISSS de Lanaudière, hôpital RDP, hôpital Ste-Justine, autre)

Information supplémentaire, s'il y a lieu

Nous vous remercions de votre collaboration.

**Maxime Coulombe-Godbout**

Directeur