



## FICHE D'INSCRIPTION

(nouvelle inscription à la CSDM)

### Service de garde en milieu scolaire

École :

Année scolaire :

#### IDENTIFICATION

|  |        |                                      |   |
|--|--------|--------------------------------------|---|
| Nom de l'enfant                        | Prénom | Date de naissance<br>Année Mois Jour | Sexe<br>F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| Langue parlée et comprise par l'enfant |        | Numéro d'assurance maladie           |   |
|  |        | Expiration<br>Année Mois             |   |

|         |             |           |
|---------|-------------|-----------|
| Adresse | Code postal | Téléphone |
|---------|-------------|-----------|

|   |                                    |                      |                      |            |
|---|------------------------------------|----------------------|----------------------|------------|
| <b>Parent A</b> Nom et prénom<br><input type="checkbox"/> Père<br><input type="checkbox"/> Mère | Répondant <input type="checkbox"/> | Téléphone à domicile | Téléphone au travail | Cellulaire |
|---|------------------------------------|----------------------|----------------------|------------|

|              |             |          |
|--------------|-------------|----------|
| Adresse      | Code postal | Courriel |
| (*) N.A.S. : |             |          |

|   |                                    |                      |                      |            |
|---|------------------------------------|----------------------|----------------------|------------|
| <b>Parent B</b> Nom et prénom<br><input type="checkbox"/> Père<br><input type="checkbox"/> Mère | Répondant <input type="checkbox"/> | Téléphone à domicile | Téléphone au travail | Cellulaire |
|---|------------------------------------|----------------------|----------------------|------------|

|              |             |          |
|--------------|-------------|----------|
| Adresse      | Code postal | Courriel |
| (*) N.A.S. : |             |          |

|  |                                    |                      |                      |            |
|--|------------------------------------|----------------------|----------------------|------------|
| <b>Tuteur</b> Nom et prénom<br><input type="checkbox"/> Masculin<br><input type="checkbox"/> Féminin | Répondant <input type="checkbox"/> | Téléphone à domicile | Téléphone au travail | Cellulaire |
|--|------------------------------------|----------------------|----------------------|------------|

|              |             |          |
|--------------|-------------|----------|
| Adresse      | Code postal | Courriel |
| (*) N.A.S. : |             |          |

|  |   |        |
|--|---|--------|
| L'élève demeure chez :   | Envoyez la correspondance à :                                     |        |
| 1. Parents A et B <input type="checkbox"/><br>2. Parent A<br>3. Parent B<br>4. Garde partagée<br>5. Tuteur | Nom   | Prénom |
|  | Adresse (si différente de celle du père, de la mère ou du tuteur) |        |
|  | Code postal   |        |

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Maternelle 4 ans         | Maternelle 5 ans         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|   |          |
|---|----------|
| Nom de l'enseignant(e) : (à compléter en septembre) | Classe : |
|---|----------|

J'autorise mon enfant à quitter seul le service de garde à : (indiquer l'heure)

Je désire que mon enfant demeure à l'école jusqu'à l'arrivée de l'une de ces personnes :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mon enfant fréquentera le service de garde lors des journées pédagogiques. Oui  Non

|   |                    |                      |                         |
|---|--------------------|----------------------|-------------------------|
| <b>En cas d'urgence, aviser une des personnes suivantes :</b> |                    |                      |                         |
| Nom et prénom   | Lien avec l'enfant | Téléphone à domicile | Autre (s) téléphone (s) |
| _____   | _____              | _____                | _____                   |
| _____   | _____              | _____                | _____                   |
| _____   | _____              | _____                | _____                   |

**CHOIX D'HORAIRE**

(Mettre un X pour chacune des périodes de fréquentation)

| Type d'horaire  |                  | Lundi | Mardi                                    | Mercredi | Jeudi | Vendredi |       |
|---|------------------|-------|--|----------|-------|----------|-------|
| Bloc du matin   | De _____ à _____ |       |  |          |       |          |       |
| Bloc du midi  | De _____ à _____ |       |  |          |       |          |       |
| Bloc du soir  | De _____ à _____ |       |  |          |       |          |       |
| Service éducatif                                      | De _____ à _____ |       |  |          |       |          |       |
| Service éducatif                                      | De _____ à _____ |       |  |          |       |          |       |
| Heure d'arrivée prévue au bloc du matin :             |                  |       | Heure de départ prévue du bloc du soir : |          |       |          |       |
| Date du début de la fréquentation au service de garde |                  |       |  |          | Année | Mois     | Jour  |
|   |                  |       |  |          | _____ | _____    | _____ |

**AUTORISATION EN CAS D'URGENCE**

**EN CAS D'URGENCE, JE SOUSSIGNÉ(E) AUTORISE LE PERSONNEL DU SERVICE DE GARDE À ADMINISTRER EN SITUATION D'URGENCE, LES PREMIERS SOINS NÉCESSAIRES ET À PRENDRE LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA SANTÉ DE MON ENFANT.**

|   |                  |           |
|---|------------------|-----------|
| Conduire mon enfant à :   | Nom de l'hôpital | Téléphone |
| Médecin traitant:   | Nom du médecin   | Téléphone |
| L'enfant souffre-t-il d'une maladie, d'un handicap, d'une allergie alimentaire ou à un médicament?  |                  |           |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (Si oui, préciser laquelle ou lesquelles) |                  |           |
| Remarques :   |                  |           |

**AUTORISATION et SIGNATURE**

Je soussigné(e), affirme avoir pris connaissance des règlements du service de garde et je m'engage à les respecter et à défrayer les frais de garde. J'autorise la participation de mon enfant aux sorties organisées par le service de garde.

|   |       |       |       |
|---|-------|-------|-------|
| <b>Signature du parent ou du tuteur</b> | Date  |       |       |
|   | Année | Mois  | Jour  |
| _____                                   | _____ | _____ | _____ |

**\* Les relevés fiscaux sont émis aux payeurs de factures et le numéro d'assurance sociale est obligatoire.**

|  |            |
|--|------------|
| (*) Je, soussigné(e), refuse de fournir mon numéro d'assurance sociale tel que demandé par la Commission scolaire (information obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu). |            |
| Signature parent A _____   | _____ Date |
| Signature parent B _____   | _____ Date |