

Service de garde

FICHE D'INSCRIPTION 2024-2025

Nom de l'école

Détails du dossier de l'élève

Identification

Élève :

Garde partagée :

Oui ☐ Non ☐

Date de naissance :

Sexe :

Féminin : ☐ Masculin : ☐

Fiche : Code permanent :

Degré scolaire :

École de scolarisation :

Dossier annuel

Autorisé à quitter seul :

Oui ☐ Non ☐ Heure :

Détails des contacts au dossier de l'élève

Coordonnées de la mère

Nom et prénom de la mère :

Répondant :

Oui ☐ Non ☐

Adresse de la mère :

Résidence de l'élève :

Oui ☐ Non ☐

Numéro d'assurance sociale :

Téléphone (maison) :

Téléphone (travail) :

Cellulaire / Téléviseur : /

Adresse électronique :

(VOIR **NOTE ** OBLIGATOIRE POUR RELEVÉS FISCAUX)

Coordonnées du père

Nom et prénom du père :

Répondant :

Oui ☐ Non ☐

Adresse du père :

Résidence de l'élève :

Oui ☐ Non ☐

Numéro d'assurance sociale :

Téléphone (maison) :

Téléphone (travail) :

Cellulaire / Téléviseur : /

Adresse électronique :

(VOIR **NOTE ** OBLIGATOIRE POUR RELEVÉS FISCAUX)

Autre contact (autorité parentale autre que les parents)

Nom et prénom du contact :

Répondant :

Oui ☐ Non ☐ Lien de parenté :

Adresse du contact :

Résidence de l'élève :

Oui ☐ Non ☐

Numéro d'assurance sociale :

Téléphone (maison) :

Téléphone (travail) :

Cellulaire / Téléviseur : /

Adresse électronique :

(VOIR **NOTE ** OBLIGATOIRE POUR RELEVÉS FISCAUX)

Service de garde

FICHE D'INSCRIPTION 2024-2025

Personnes autorisées à venir chercher l'élève

Nom, prénom et adresse	Contact	Tél. maison	Tél. trav1	Cellulaire
------------------------	---------	-------------	------------	------------

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom, prénom et adresse	Contact	Priorité	Tél. maison	Tél. trav1	Cellulaire
------------------------	---------	----------	-------------	------------	------------

Dossier médical

Numéro d'assurance maladie :

Date d'expiration du NAM :

Médecin :

Dossier médical

Description

Description

Liste des médicaments

Choc anaphylactique

Épipen

Notes dossier médical

Réservation de base (Fréquentation au service de garde)

Date de début de fréquentation de votre enfant :

☐

Première journée de classe ou le :

Heure d' ARRIVÉE PRÉVUE au service de garde :

Heure de DÉPART PRÉVUE du service de garde :

☐

Fréquentera aux journées pédagogiques seulement

Périodes	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
AVANT-MIDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MIDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APRES-MIDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez cocher «TOUTES LES CASES» correspondant à une présence prévue de votre enfant au service de garde.

Notes supplémentaires

Réservé au S.G.

Régulier :

☐

Sporadique :

☐

- Je déclare que ces renseignements sont exacts et complets, à la présente date.

- J'autorise le personnel de l'école à prendre les mesures nécessaires pour faire soigner mon enfant (transport à l'urgence, appel au médecin, etc.) en cas d'urgence (maladie soudaine, accident, etc.)

X

Signature de l'autorité parentale

Date

***** **NOTE** *****

Les relevés fiscaux sont émis aux
payeurs des factures.

Refus de fournir le NAS

«Je, soussigné, refuse de fournir mon numéro d'assurance sociale - information obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu - tel que demandé par le centre de services scolaire.»

X

Signature

Date