

SVP, remplir recto verso

FICHE D'INSCRIPTION

(nouvelle inscription à la CSDM)

Service de garde en milieu scolaire

École : **Notre-Dame-du-Foyer**

Année scolaire : **2021-2022**

IDENTIFICATION

| | | | | | | | | |
|--|--|---|----------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Nom de l'enfant | | Prénom | | Date de naissance Année Mois Jour | | | Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | |
| Langue parlée et comprise par l'enfant | | | Numéro d'assurance maladie | | | | Expiration Année Mois | |
| Adresse | | | Code postal | | Téléphone | | | |
| Parent A Nom et prénom | | Répondant <input type="checkbox"/> | | Téléphone à domicile | | Téléphone au travail | | Cellulaire |
| <input type="checkbox"/> Père | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Mère | | | | | | | | |
| Adresse | | | Code postal | | Courriel | | | |
| (*) N.A.S. : | | | | | | | | |
| Parent B Nom et prénom | | Répondant <input type="checkbox"/> | | Téléphone à domicile | | Téléphone au travail | | Cellulaire |
| <input type="checkbox"/> Père | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Mère | | | | | | | | |
| Adresse | | | Code postal | | Courriel | | | |
| (*) N.A.S. : | | | | | | | | |
| Tuteur Nom et prénom | | Répondant <input type="checkbox"/> | | Téléphone à domicile | | Téléphone au travail | | Cellulaire |
| <input type="checkbox"/> Masculin | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Féminin | | | | | | | | |
| Adresse | | | Code postal | | Courriel | | | |
| (*) N.A.S. : | | | | | | | | |
| L'élève demeure chez : | | Envoyez la correspondance à : | | | | | | |
| 1. Parents A et B | | Nom | | | | Prénom | | |
| 2. Parent A | | | | | | | | |
| 3. Parent B | | Adresse (si différente de celle du père, de la mère ou du tuteur) | | | | Code postal | | |
| 4. Garde partagée | | | | | | | | |
| 5. Tuteur | | | | | | | | |
| Maternelle 4 ans | | Maternelle 5 ans | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nom de l'enseignante : (à compléter en septembre)

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

et je désire l'inscrire d'une façon automatique:

Oui Non

| | | | |
|---|--------------------|----------------------|-------------------------|
| En cas d'urgence, aviser une des personnes suivantes : | | | |
| 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 6:45 à 8:00 Primaire De 6:45 à 8:35 Mat | | | | | | |
| Bloc du midi | De 11:25 à 13:10 Mat De 11:35 à 13:05 Primaire | | | | | | |
| Bloc du soir | De 15 :30 à 18 :00 | | | | | | |
| 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 |
| | | | | | 2021 | | |

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) | | |
| Remarque : | | |

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.

| | | | |
|---|-------|------|------|
| Signature du parent ou du tuteur | 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 | _____ |