

Fiche d'inscription - Service de garde en milieu scolaire

Nouvelle inscription au CSSDM

SERVICE DE L'ORGANISATION SCOLAIRE
SECTEUR SERVICE DE GARDE

IMPORTANT : Veuillez enregistrer le formulaire sur votre ordinateur avant de le remplir avec Adobe Reader ou à la main.
Ne pas remplir le formulaire dans un navigateur Web. **SVP, remplir les deux pages.**

École :		Année scolaire :					
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 : <input type="checkbox"/>		Envoyez la correspondance à :					
1. Parents A et B		Nom			Prénom		
2. Parent A		Adresse (si différente de celle du père, de la mère ou du tuteur)			Code postal		
3. Parent B							
4. Garde partagée							
5. Tuteur							
Maternelle 4 ans <input type="checkbox"/>	Maternelle 5 ans <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Nom de l'enseignant(e) : (à compléter en septembre)							Classe :
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

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 _____ à _____						
Bloc du midi	De _____ à _____						
Bloc du soir	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.

Signature du parent ou du tuteur	Date		
	Année	Mois	Jour

* Le numéro d'assurance sociale est obligatoire pour permettre au CSSDM de produire le Relevé 24 (crédit pour garde d'enfants). Ce relevé est transmis aux payeurs de factures et à Revenu Québec qui utilise le NAS comme identifiant unique des personnes.

(*) Je, soussigné(e), refuse de fournir mon numéro d'assurance sociale tel que demandé par le Centre de services scolaire de Montréal (information obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu).

Signature parent A	_____	Date	_____
Signature parent B	_____	Date	_____