



FICHE D'INSCRIPTION

(nouvelle inscription à la CSDM)

Service de garde en milieu scolaire

École :

Année scolaire : **2015-2016**

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 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	Répondant <input type="checkbox"/>	Téléphone à domicile	Téléphone au travail	Cellulaire
-------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------	----------------------	----------------------	------------

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

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

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

Tuteur Nom et prénom <input type="checkbox"/> Masculin <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 : <input type="checkbox"/>	Envoyez la correspondance à :	
1. Parents A et B 2. Parent A 3. Parent B 4. Garde partagée 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

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 _____						
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.

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