



FICHE D'INSCRIPTION

(nouvelle inscription à la CSDM)

Service de garde en milieu scolaire

École :

Année scolaire :

IDENTIFICATION

birth date

Nom de l'enfant Family name	Prénom Surname	Date de naissance Année Mois Jour	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Langue parlée et comprise par l'enfant langage spoken	medical number card Numéro d'assurance maladie		Expiration Année Mois

Adresse Adress	Code postal postal code	Téléphone
-----------------------	--------------------------------	-----------

father

Parent A Nom et prénom <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	Répondant <input type="checkbox"/>	Téléphone à domicile Home phone	Téléphone au travail work phone	Cellulaire Cell. phone
---	------------------------------------	---	---	----------------------------------

S.I.N

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

mother

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

S.I.N

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	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	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 : **person authorized to pick up**

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

En cas d'urgence, aviser une des personnes suivantes : Person in case of emergency			
Nom et prénom family name, surname	Lien avec l'enfant family relationship	Téléphone à domicile	Autre (s) téléphone (s)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

CHOIX D'HORAIRE Schedule (check the period you need)

(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? Health problem (allergy etc.)		
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 Parent signature	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