

***** Il est obligatoire de remettre ce formulaire **complété et signé** afin de vous assurer de l'inscription de votre enfant. *****

*** Veuillez noter que les relevés fiscaux sont émis aux payeurs des factures. ***

Détails du dossier de l'élève

Identification

Élève : _____
Date de naissance : _____ Sexe : _____
Fiche : _____ Code permanent : _____
Groupe Classe : _____

Est-ce qu'une garde partagée est applicable :
Oui Non

Si oui :

Facturation de la garde partagée :
- en pourcentage : Parent 1 ____% Parent 2 ____%
- en calendrier (à fournir)

Dossier annuel

Payeur principal : _____
Autorisé à quitter seul : Oui Non Heure : _____
Autorisé aux sorties extérieures : Oui Non
Présent aux journées pédagogiques : Oui Non

Coordonnées du Parent 1

Nom et prénom : _____
Répondant : Oui Non
Adresse : _____
Résidence de l'élève : Oui Non
Numéro d'assurance social : _____ (Nécessaire pour les reçus d'impôt)
Téléphone (maison) : _____
Téléphone (travail) : _____
Cellulaire : _____
Courriel : _____

Le numéro d'assurance sociale est une information obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu.
Je refuse de le fournir

Coordonnées du Parent 2

Nom et prénom : _____
Répondant : Oui Non
Adresse : _____
Résidence de l'élève : Oui Non
Numéro d'assurance sociale : _____ (Nécessaire pour les reçus d'impôt)
Téléphone (maison) : _____
Téléphone (travail) : _____
Cellulaire : _____
Courriel : _____

Le numéro d'assurance sociale est une information obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu.
Je refuse de le fournir

Coordonnées du tuteur

Nom et prénom du contact : _____
Répondant : Oui Non Lien de parenté : _____
Adresse du contact : _____
Résidence de l'élève : Oui Non
Numéro d'assurance sociale : _____ (Nécessaire pour les reçus d'impôt)
Téléphone (maison) : _____
Téléphone (travail) : _____
Cellulaire : _____
Courriel : _____

Le numéro d'assurance sociale est une information obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu.
Je refuse de le fournir

École : _____

2024-2025

Personnes autorisées à venir chercher l'élève

Nom, prénom et adresse Contact Tél.maison Tél.trav1 Tél.trav2 Cellulaire À retirer

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom, prénom et adresse Contact Priorité Tél.maison Tél.trav1 Tél.trav2 Cellulaire À retirer

Membres de la famille inscrits au service de garde

Dossier médical

Description du problème de santé **Choc**
Anaphylactique Épipen Liste des médicaments Remarque

 _____ _____

 _____ _____

Notes du dossier médical

Réservation de base (Fréquentation au service de garde)

(Section obligatoire)

Statut de fréquentation : Régulier Sporadique **Si garde partagée joindre le calendrier**

Pour avoir le statut régulier votre enfant devra fréquenter le service de garde au moins 2 périodes pendant une journée. Sinon, il sera considéré sporadique. La facturation sera effectuée en fonction des présences prévues à l'horaire de fréquentation.

***** Important : vous devez cocher chaque période où votre enfant sera présent.**

Valide à partir du : _____
(aaaa-mm-jj)

Les heures d'ouverture varient selon le service de garde, contactez l'école de votre enfant pour plus de détails.

Périodes	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Midi					
Maternelles - PM					
Soir					

Notes supplémentaires

Demande de prise et de diffusion de photographie et ou de l'image

AGISSANT EN QUALITÉ DE REPRÉSENTANT LÉGAL DE L'ENFANT, J'AUTORISE :

- La prise d'une ou plusieurs photographie(s) et ou de(s) image(s) (captation, fixation, enregistrement, numérisation) le représentant. OUI ___ NON ___
- La diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographie(s) et ou de(s) image(s) le représentant. OUI ___ NON ___
- La commercialisation d'une ou plusieurs photographie(s) et ou de(s) image(s) le représentant. OUI ___ NON ___

Facture électronique : Je désire recevoir la facture des frais de service de garde par courriel : Oui ___ Non ___

- J'ai pris connaissance des règles de fonctionnement du service de garde et m'engage à les respecter.
- Je déclare que ces renseignements sont exacts et complets, à la présente date.
- J'autorise les responsables du service de garde 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

X

Signature de la technicienne du service de garde

Date