



FICHE D'INSCRIPTION

(nouvelle inscription à la CSDM)

Service de garde en milieu scolaire

École : **SAINT-ANDRÉ-APÔTRE**

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 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"/>	

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. 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 7 :00 à 8 :10						
Bloc du midi maternelle	De 11 :52 à 13 :17						
Bloc du midi	De 11 :52 à 13 :17						
Bloc maternelle	De 14 :44 à 15 :30						
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

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	_____