

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**

FICHE D'INSCRIPTION

(nouvelle inscription au CSSDM)
Service de garde en milieu scolaire

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 : | | Envoyez la correspondance à : | | | | | | | |
| 1. Parents A et B <input type="checkbox"/> | | Nom | | | | Prénom | | | |
| 2. Parent A | | | | | | | | | |
| 3. Parent B | | Adresse (si différente de celle du père, de la mère ou du tuteur) | | | | Code postal | | | |
| 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"/> | <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 _____ | | | | | | |
| 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 |

* 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 | _____ |