



Dossier de l'élève Gr : Degré scolaire 2026-2027

Nom: _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Payeur principal _____

L'enfant est en garde partagée : ☐ oui ☐ non

Informations pour la facturation de la garde partagée (% ou calendrier) : _____

Dossier médical

Allergies ou condition particulières : _____

Médicaments en rapport avec les allergies ou autres : _____

Réservation de base

Date de début

☐ **Régulier** 1 jrs/2jrs/3 à 5jrs minimum 2 blocs par jour journée fixe seulement 9.70\$/jour

☐ **Sporadique** Am 5.60\$midi 3,90\$ soir 8.65\$ max. 18.65\$/jrs

Heure d'arrivée PRÉVUE : _____ Heure de départ PRÉVUE : _____

Périodes	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Midi					
Soir					

Je désire que mon enfant fasse ses devoirs au service de garde :

☐ Oui ☐ Non ☐ Au choix de mon enfant

Cette section est réservée au Service de garde

Prénom et nom de l'enseignant(e) : _____

Groupe-repère de l'élève : _____

Contacts

Parent 1 : Répondant ☐

Nom: _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Téléphone : 1. _____ Courriel : _____

2. _____ Numéro d'assurance sociale*: _____

3. _____

☐ Je refuse de fournir mon numéro d'assurance sociale,
information obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu.
Signature _____

Parent 2 : Répondant ☐

Nom: _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Téléphone : 1. _____ Courriel : _____

2. _____ Numéro d'assurance sociale*: _____

3. _____

☐ Je refuse de fournir mon numéro d'assurance sociale,
information obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu.
Signature _____

Personne à joindre en cas d'urgence (autre que les parents)

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autre que les parents) Inscrire le lien de la personne avec l'enfant

- Je déclare que ces renseignements sont exacts et complets, à la présente date.
- J'autorise le personnel 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.)
- Je soussigné(e), atteste avoir pris connaissance des règles de fonctionnement du Service de garde (disponible sur le site internet de l'école du Pélican). Je m'engage à respecter les règles et les délais, sans quoi, mon enfant pourrait être refusé au service de garde.

Signature du parent

Date

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