

FICHE D'INSCRIPTION

SERVICE DE GARDE

2020-2021

Identification

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Niveau scolaire en 2020-2021 : _____

L'enfant demeure avec : mère et père mère père garde partagée

Dossier médical

Numéro d'assurance-maladie : _____ Date exp. : _____

Nom du médecin : _____ Tél. _____

Allergies ou conditions particulières : _____

Médicaments en rapport avec les allergies ou autres : _____

Réservation de base

Statut de fréquentation : Régulier (3 jours/semaine et 2 périodes par jour)

Sporadique

Journée pédagogique seulement

Périodes	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin 6h45 à 7h40					
Midi 11h30 à 12h55					
Soir 14h40 à 18h00					

Heure d'arrivée PRÉVUE (*approximatif*) : _____

Heure de départ PRÉVUE (*approximatif*) : _____

Cette section est réservée au Service de garde

Prénom et nom de l'enseignant(e) : _____ **Groupe-repère de l'élève :** _____

Mère : Répondant

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Tél. maison _____ Tél. travail : _____

Tél. autre : _____ Courriel : _____

Numéro d'assurance sociale : _____

Je refuse de fournir mon numéro d'assurance sociale, information obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu. **Veillez noter que les relevés fiscaux sont émis aux payeurs des factures.**

Signature : _____

Père : Répondant

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Tél. maison _____ Tél. travail : _____

Tél. autre : _____ Courriel : _____

Numéro d'assurance sociale : _____

Je refuse de fournir mon numéro d'assurance sociale, information obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu. **Veillez noter que les relevés fiscaux sont émis aux payeurs des factures.**

Signature : _____

Personne à joindre en cas d'urgence (autre nom que celui des parents)

Nom et prénom: _____ Tél. maison : _____

Tél. travail : _____ Tél. autre : _____

Personnes autorisées à venir chercher 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.)

Signature du parent

Date