

Fiche d'inscription - Service de garde en milieu scolaire

Nouvelle inscription au CSSDM

SERVICE DE L'ORGANISATION SCOLAIRE
SECTEUR SERVICES DE GARDE

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.**

École : École Jeanne-LeBer				Année scolaire : 2023-2024			
IDENTIFICATION							
Nom de l'enfant		Prénom		Date de naissance		Sexe	
				Année	Mois	Jour	F ☐
							Autre ☐
Langue parlée et comprise par l'enfant							
Adresse				Code postal		Téléphone	
Parent A Nom et prénom				Répondant ☐		Téléphone à domicile	
☐ Père						Téléphone au travail	
☐ Mère						Cellulaire	
Adresse				Code postal		Courriel	
(*) N.A.S. :							
Parent B Nom et prénom				Répondant ☐		Téléphone à domicile	
☐ Père						Téléphone au travail	
☐ Mère						Cellulaire	
Adresse				Code postal		Courriel	
(*) N.A.S. :							
Tuteur Nom et prénom				Répondant ☐		Téléphone à domicile	
☐ Masculin						Téléphone au travail	
☐ Féminin						Cellulaire	
Adresse				Code postal		Courriel	
(*) N.A.S. :							
L'élève demeure chez : ☐		Envoyez la correspondance à :					
		1. Parents A et B				Nom	
		2. Parent A				Prénom	
		3. Parent B					
4. Garde partagée		5. Tuteur				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
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐ 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 à					
Bloc du midi	De à					
Bloc du soir	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 ☐ Non ☐ (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	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