

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 :					Année	scolaire :		
		ID	ENTIFICATI	ON				
Nom de l'enfant		Préno	m			de naissance e Mois Jour	Sexe F M Autre	
Langue parlée et compri	ise par l'enfant		·				-	
Adresse	Code postal		Téléphone					
Parent A Nom et prénor ☐ Père ☐ Mère	om Répondar	nt 🔲 Télépho	ne à domicile	Téléphone au trava	ail	Cellulaire		
Adresse (*) N.A.S.:		·		Code postal		Courriel		
Parent B Nom et prénor Père Mère	om Répondar	nt 🗌 Télépho	ne à domicile	Téléphone au trava	ail	Cellulaire		
Adresse (*) N.A.S.:				Code postal		Courriel		
Tuteur Nom et pré Masculin Féminin	énom Répondar	nt 🗌 Télépho	ne à domicile	Téléphone au trava	ail	Cellulaire		
Adresse		,		Code postal		Courriel		
(*) N.A.S.: * Le numéro d'assurance Contrologé est transmi	ce sociale est obliga	toire pour perm	nettre au CSSD	M de produire le Rele	vé 24 (c	rédit pour garde	d'enfants).	
Ce relevé est transmi: (*) Je, soussigné(e), Centre de service	·		-				•	
Signature parent A Date								
Signature parent B						Date		
L'élève demeure chez :	Envoyez la cor	respondance à	1:					
1. Parents A et B Nom 2. Parent A				Pré	enom			
3. Parent B 4. Garde partagée 5. Tuteur	Adresse (si diff	érente de celle	du père, de la	mère ou du tuteur)	Cod	le postal		
Maternelle 4 ans M	Maternelle 5 ans	1	2	3	4	5	6	
J'autorise mon enfant à quitter seul le		service do cor	ce de garde à : (indiquer l'heure)					
Je désire que mon enfa	·			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				

Nom et prénom						Γ		
Nom et prénom		Lien avec l'enfant		Téléphon	Téléphone à domicile		Autre(s) téléphone(s)	
	(Mei	CHO tre un X pour chacu	IX D'HORAIR ine des périodes	_	n)			
Type d'horaire		Lundi Mardi		Mercredi	Mercredi Jeu		ıdi Vendredi	
Bloc du matin	De à							
Bloc du midi	De à							
Bloc PM*	De à							
Bloc du soir	De à							
	Bloc PM » et le « Bloc du ir la règlementation du SD			le pour les fins o	de facturation a	aux parents.		
Heure d'arrivée	prévue au bloc du matin :		Heure de d	épart prévue du	ı bloc du soir :			
Date du début de la fréquentation au service de garde					Année	Mois	Jour	
		AUTORISATIO	N EN CAS D'U	JRGENCE		•		
EN SITUATI	RGENCE, JE SOUSSIG ON D'URGENCE, LES À LA SANTÉ DE MON E	PREMIERS SO						
Conduire mon enfant à : Nom de l'hôpital					Т	Téléphone		
Médecin traitant: Nom du médecin					Téléphone			
L'enfant souffre	e-t-il d'une maladie, d'u	•	allergie alimei	ntaire ou à un	médicament'	?		
Remarques:								
rtemarques.		AUTORISAT	ION ET SIGN	IATURE				
Tremarques.								
Je soussigné(e	e), affirme avoir pris cor frais de garde. J'autori		-	_		_		