

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 :
---------	------------------

IDENTIFICATION							
Nom de l'enfant		Prénom		Date de naissance		Sexe	
				Année	Mois	Jour	F ☐ M ☐
Langue parlée et comprise par l'enfant							
Adresse				Code postal		Téléphone	
Parent A Nom et prénom		Répondant ☐		Téléphone à domicile		Téléphone au travail	
☐ Père							
☐ Mère							
Adresse				Code postal		Courriel	
(*) N.A.S.:							
Parent B Nom et prénom		Répondant ☐		Téléphone à domicile		Téléphone au travail	
☐ Père							
☐ Mère							
Adresse				Code postal		Courriel	
(*) N.A.S.:							
Tuteur Nom et prénom		Répondant ☐		Téléphone à domicile		Téléphone au travail	
☐ Masculin							
☐ Féminin							
Adresse				Code postal		Courriel	
(*) N.A.S.:							

* 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 **ou je n'ai pas** de 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

L'élève demeure chez : ☐		Envoyez la correspondance à :					
1. Parents A et B 2. Parent A 3. Parent B 4. Garde partagée 5. Tuteur		Nom			Prénom		
		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	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐ 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 :							

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 PM*	De _____ à _____					
Bloc du soir	De _____ à _____					
* Le « Bloc PM » et le « Bloc du soir » font partie de la même période pour les fins de facturation aux parents. ** Voir la réglementation du SDG pour la tarification.						
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