COMMISSION SCOLAIRE MARGUERITE-BOURGEOYS

# Fiche d'inscription

## Service de garde (statut régulier, sporadique et dîneur)
## Murielle-Dumont

### Identification de l'enfant

Groupe repère :

Nom :

Date de naissance :

Prénom :

Sexe :

Code permanent :

No dossier : Fiche :

Veuillez identifier le besoin pour l'année

- ☐ Période du dîner seulement
- ☐ Service de garde (régulier et sporadique)
- ☐ Aucun service

Veuillez :

- ✓ Compléter la fiche;
- ✓ Apporter les corrections;
- ✓ Signer la fiche;
- ✓ Retourner la fiche au technicien ou technicienne du service de garde

### Identification des parents

#### Parent

**Nom :**

**Prénom :**

**Numéro d'assurance sociale**
*Cette donnée est obligatoire afin d'émettre les reçus fiscaux aux payeurs des frais*

**Adresse du père :**

Est-ce que l'enfant réside à cette adresse? :
**OUI** ☐ **NON** ☐

**Courriel :**

**Téléphone (maison) :**

**Téléphone (travail) :**

**Cellulaire :**

**Téléavertisseur :**

#### Parent

**Nom :**

**Prénom :**

**Numéro d'assurance sociale**
*Cette donnée est obligatoire afin d'émettre les reçus fiscaux aux payeurs des frais*

**Adresse de la mère :**

Est-ce que l'enfant réside à cette adresse? :
**OUI** ☐ **NON** ☐

**Courriel :**

**Téléphone (maison) :**

**Téléphone (travail) :**

**Cellulaire :**

**Téléavertisseur :**

#### Tuteur légal

**Nom :**

**Prénom :**

**Numéro d'assurance sociale**
*Cette donnée est obligatoire afin d'émettre les reçus fiscaux aux payeurs des frais*

**Adresse du tuteur :**

Est-ce que l'enfant réside à cette adresse? :
**OUI** ☐ **NON** ☐

**Courriel :**

**Téléphone (maison) :**

**Téléphone (travail) :**

**Cellulaire :**

**Téléavertisseur :**

### Autres contacts : autorisés à venir chercher l'enfant et à joindre en cas d'urgence

| Nom et prénom : | Adresse : | Tél. maison | Tél. travail | Cellulaire | Lien avec l'enfant : |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

### Membre de la famille inscrit au service de garde

### Dossier médical

| Numéro d'assurance maladie | Date d'expiration |
|---|---|
| | |

**Pour les cas où la santé de l'enfant nécessite un suivi médical, veuillez compléter l'information suivante:**

| Nom / Adresse du médecin | Téléphone du médecin | Nom / Adresse de l'hôpital | Téléphone de l'hôpital |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Description | Choc anaphylactique | Épipen | Liste des médicaments | Remarque |
|---|---|---|---|---|
| | ☐ | ☐ | | |

### Notes ou modifications au dossier médical

# Fiche d'inscription
## Service de garde (statut régulier, sporadique et dîneur)
## Murielle-Dumont

**Veuillez cocher les périodes correspondantes à vos besoins de garde (régulier, sporadique ou dîneur) :**

***** L'élève inscrit au service de garde matin et soir, 5 jours par semaine, n'a pas droit au transport scolaire.***

| Périodes | | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Avant les classes | 06:45 à 07:45 | | | | | |
| Midi | 11:22 à 12:37 | | | | | |
| Après les classes | 15:02 à 18:00 | | | | | |

| **Autorisez-vous l'enfant à quitter seul le service de garde?** | **OUI** ☐ À quelle heure ? _____ | **Si oui, veuillez vous assurer d'une entente préalable avec le technicien ou la technicienne.** |
|---|---|---|

**Transport**

**Votre enfant a t-il droit au service du transport scolaire ?** ☐ **Oui**

Si oui, veuillez cocher les périodes correspondantes à vos besoins pour le service du transport scolaire :

| Périodes | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
|---|---|---|---|---|---|
| AM | | | | | |
| PM | | | | | |

**- Je m'engage à prendre connaissance des règles de fonctionnement du service de garde (incluant le dîner) et à les respecter;**
**- Je m'engage à payer les frais associés au service choisi (régulier, sporadique, dîneur);**
**- Je déclare que ces renseignements sont exacts et complets, à la présente date. Je m'engage à aviser le technicien ou la technicienne du service de garde de tout changement à la présente fiche, et ce dans les meilleurs délais;**
**- Je consens à ce que mon enfant participe à des activités extérieures à proximité de l'école (parc) et ce, en présence du personnel de l'école;**
**- S'il survient une maladie ou un accident sérieux, le personnel de l'école prendra les mesures nécessaires. Si un transport par ambulance doit être effectué, les frais seront entièrement à la charge des répondants (parents ou tuteur).**

_____ ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre _____

Signature d'un des répondants — Date

***** Veuillez noter que les reçus fiscaux sont émis aux payeurs des frais *****

**À l'usage du service de garde**

| Nom et prénom de l'enseignant (e) : | Groupe-repère | Groupe d'appartenance (SDG ou SSD) | Classe | Confirmation du statut : ☐ Dîneur ☐ Sporadique ☐ Régulier |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

Inscription reçue par : _____ Date : _____

** Faire parvenir à l'école le plus rapidement possible **

- Dans la boîte aux lettres au secrétariat ou la boîte au sdg
- Par courriel au servicedegarde.murielle-dumont@csmb.qc.ca
- Par fax : (514) 683-6125

(le tout avant l'entrée scolaire, pour vous assurer du service dès la rentrée de votre enfant)