

## Fiche d'inscription - Service de garde en milieu scolaire

### Nouvelle inscription au CSSDM

SERVICE DE L'ORGANISATION SCOLAIRE  
SECTEUR SERVICE 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 Année Mois Jour		Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Langue parlée et comprise par l'enfant							
Adresse			Code postal		Téléphone		
Parent A Nom et prénom		Répondant <input type="checkbox"/>	Téléphone à domicile	Téléphone au travail		Cellulaire	
<input type="checkbox"/> Père							
<input type="checkbox"/> Mère							
Adresse			Code postal		Courriel		
(*) N.A.S.:							
Parent B Nom et prénom		Répondant <input type="checkbox"/>	Téléphone à domicile	Téléphone au travail		Cellulaire	
<input type="checkbox"/> Père							
<input type="checkbox"/> Mère							
Adresse			Code postal		Courriel		
(*) N.A.S.:							
Tuteur Nom et prénom		Répondant <input type="checkbox"/>	Téléphone à domicile	Téléphone au travail		Cellulaire	
<input type="checkbox"/> Masculin							
<input type="checkbox"/> Féminin							
Adresse			Code postal		Courriel		
(*) N.A.S.:							
L'élève demeure chez :		Envoyez la correspondance à :					
1. Parents A et B		Nom		Prénom			
2. Parent A							
3. Parent B		Adresse (si différente de celle du père, de la mère ou du tuteur)		Code postal			
4. Garde partagée							
5. Tuteur							
Maternelle 4 ans	Maternelle 5 ans	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom de l'enseignant(e) : (à compléter en septembre)							Classe :
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>							

**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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (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.

<b>Signature du parent ou du tuteur</b>	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