

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**

FICHE D'INSCRIPTION

(nouvelle inscription au CSSDM)
Service de garde en milieu scolaire

École : **BARCLAY**

Année scolaire : **2021-2022**

IDENTIFICATION

EFFACER

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				Numéro d'assurance maladie				Expiration Année Mois	
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		Adresse (si différente de celle du père, de la mère ou du tuteur)				Code postal			
3. Parent B									
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"/>	<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 7h00 à 8h40						
Bloc du midi	De 11h32 à 13h22						
Bloc du soir	De 15h07 à 18h00						
Service éducatif	De 8h40 à 11h29						
Service éducatif	De 13h02 à 15h07						
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.

Signature du parent ou du tuteur	Date		
	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	_____