



FICHE D'INSCRIPTION

(nouvelle inscription à la CSDM)

Service de garde en milieu scolaire

École : Sans-Frontières	Année scolaire : 2012-2013
--------------------------------	----------------------------

IDENTIFICATION

Nom de l'enfant		Prénom		Date de naissance			Sexe				
				Année	Mois	Jour	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					
Nom et prénom du père			Téléphone à domicile		Téléphone au travail		Téléavertisseur ou cellulaire				
Adresse				Code postal		Courriel					
(*) N.A.S. :											
Nom et prénom de la mère			Téléphone à domicile		Téléphone au travail		Téléavertisseur ou cellulaire				
Adresse				Code postal		Courriel					
(*) N.A.S. :											
L'élève demeure chez :		Envoyez la correspondance à :									
1. Son père et sa mère 2. Son père 3. Sa mère 4. Garde partagée 5. Autre :		Nom				Prénom					
		Adresse de correspondance (si différente de celle du père ou de la mère)				Code postal					
Pré 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"/>			
Nom de l'enseignante (à compléter en septembre)											
<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 :											
<input type="checkbox"/>		_____				<input type="checkbox"/>		_____			
<input type="checkbox"/>		_____				<input type="checkbox"/>		_____			
<input type="checkbox"/>		_____				<input type="checkbox"/>		_____			
Mon enfant fréquentera le service de garde lors des journées pédagogiques. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>											

*** Les relevés fiscaux sont émis aux payeurs de factures et le numéro d'assurance sociale est obligatoire.**

En cas d'urgence, aviser une des personnes suivantes :			
Nom et prénom	Adresse	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	à _____						
Bloc du midi	à _____						
Bloc du soir	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
Aviser le médecin traitant	Nom du médecin	Téléphone
L'enfant souffre-t-il d'une maladie, d'un handicap, d'une allergie médicamenteuse ou d'une allergie alimentaire? (Si oui, préciser laquelle ou lesquelles)		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Remarques :		
AUTORISATION		
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

(*) Je, soussigné(e), refuse de fournir mon numéro d'assurance sociale tel que demandé par la Commission scolaire (information obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu).

Signature _____	Date _____
Signature _____	Date _____