

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 <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> |
| | | | Autre <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. : | | | | |

* 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 _____

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET AUTORISÉ À VENIR CHERCHER L'ENFANT (Autre que le répondant)

| | | | |
|--------------------|----------------------|----------------------|-------------|
| Nom et prénom | Téléphone à domicile | Téléphone au travail | Cellulaire |
| Adresse | | | Code postal |
| Lien avec l'enfant | | | |

| | | | |
|--|---|--|-------------|
| L'élève demeure chez : | Envoyez la correspondance à : | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Parents A et B <input type="checkbox"/> 2. Parent A <input type="checkbox"/> 3. Parent B <input type="checkbox"/> 4. Garde partagée <input type="checkbox"/> 5. Tuteur | Nom | | Prénom |
| | Adresse (si différente de celle du père, de la mère ou du tuteur) | | Code postal |

| | | | | | | | |
|--|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Maternelle 4 ans <input type="checkbox"/> | Maternelle 5 ans <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| <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: _____ _____ _____ | | | | | | | |

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 <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 | Année | Mois | Jour |
| | | | |