

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 Année Mois Jour	Sexe 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
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère			Cellulaire
Adresse		Code postal	Courriel
(*) N.A.S.:			
Parent B Nom et prénom	Répondant <input type="checkbox"/>	Téléphone à domicile	Téléphone au travail
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère			Cellulaire
Adresse		Code postal	Courriel
(*) N.A.S.:			
Tuteur Nom et prénom	Répondant <input type="checkbox"/>	Téléphone à domicile	Téléphone au travail
<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin			Cellulaire
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"/>
Mon enfant est véhiculé en autobus scolaire.				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

**CHOIX D'HORAIRE**  
(Mettre un X pour chacune des périodes de fréquentation)

Type d'horaire	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	
BLOC DU MIDI PRÉSCOLAIRE						
BLOC DU MIDI PRIMAIRE						
BLOC PM*						
* 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.						
Date du début de la fréquentation au service de dîner				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