



Fiche d'inscription service de garde ou surveillance du midi 2024-2025

SECTION RÉSERVÉE À L'ÉCOLE	
Nom et # de l'école	# fiche

IDENTIFICATION DE L'ENFANT	
Nom :	Date de naissance :
Prénom :	Degré :
Autres prénoms (s'il y a lieu) :	# Fiche :
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non-binaire	Code permanent (si connu) :

IDENTIFICATION DES RÉPONDANTS

Répondants : <input type="checkbox"/> Les deux parents <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Tuteur			
	Parent 1 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre _____	Parent 2 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre _____	Tuteur légal <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Autre _____
Nom			
Prénom			
Numéro d'assurance sociale*			
Téléphone domicile			
Cellulaire			
Autre téléphone			
Courriel			

*Le numéro d'assurance sociale est obligatoire afin d'émettre les reçus fiscaux aux payeurs des frais de garde

AUTRES CONTACTS : PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT ET/OU CONTACT D'URGENCE

Nom et prénom :	Nom et prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Cellulaire :	Cellulaire :
Nom et prénom :	Nom et prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Cellulaire :	Cellulaire :

MEMBRES DE LA FAMILLE INSCRITS AU SERVICE DE GARDE

Nom, Prénom :	Nom, Prénom :
Nom, Prénom :	Nom, Prénom :

DOSSIER MÉDICAL

Est-ce que votre enfant souffre d'allergie? Oui Non

Si oui, précisez :

Est-ce que votre enfant requiert l'utilisation d'un Épipen en cas de réaction allergique? Oui Non

BESOIN POUR L'ANNÉE 2024-2025**Garde partagée**

Est-ce que l'enfant en en garde partagé? Oui * Non

Si oui, précisez la division de la facturation

Pourcentage _____% _____% ou selon le calendrier de garde
Parent 1 Parent 2

*Peu importe le type de facturation, un calendrier de garde doit être soumis à la technicienne

Fréquentation demandée

Veuillez indiquer votre besoin pour l'année 2024-2025

Surveillance du midi seulement Journée pédagogiques seulement Aucun service

Service de garde, veuillez compléter le tableau de fréquentation

Date de début de fréquentation : _____

Mon horaire de travail est rotatif (ex. infirmière, pompier, etc.). Je m'engage à fournir le calendrier de mes besoins au service de garde dès que possible.

Périodes	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Midi					
Soir					

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES**CONFIRMATION ET SIGNATURE**

- J'ai pris connaissance des règlements du service de garde et m'engage à les respecter.
- Je déclare, qu'en date de la signature, les renseignements sur cette fiche sont exacts et complets.

Les factures sont disponibles pour téléchargement sur le Mozaik portail de votre enfant.
Veuillez noter que les relevés fiscaux sont émis aux payeurs de factures.

Conformément à la **Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels**, le Centre de service scolaire des Grandes-Seigneuries et le ministère de l'Éducation peuvent communiquer et s'échanger tous les renseignements qu'ils détiennent relativement à l'enfant, et ce, aux fins de leur mission respective.

J'inscris mon enfant au service de garde ou à la surveillance du midi pour l'année 2024-2025.

Signature du parent ou du tuteur

Date