



## FICHE D'INSCRIPTION

(nouvelle inscription à la CSDM)

**Service de garde en milieu scolaire**

École : **CHARLES-LEMOYNE**

Année scolaire : 2012-2013

### IDENTIFICATION

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			
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		Nom				Prénom			
2. Son père									
3. Sa mère		Adresse de correspondance (si différente de celle du père ou de la mère)				Code postal			
4. Garde partagée									
5. Autre :									
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"/>	<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 _____					
<b>Bloc Educ</b>						

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?    Oui     Non   
 (Si oui, préciser laquelle ou lesquelles)

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 \_\_\_\_\_