

SERVICE DE GARDE

FORMULAIRE D'INSCRIPTION 2018 – 2019

Identification de l'élève (selon l'acte de naissance)

Élève : _____ Date de naissance : _____

Sexe : _____ Garde partagée : oui : _____ non : _____ si oui **fournir un calendrier s.v.p.**

Votre enfant fréquente-t-il un autre service de garde de la Commission scolaire des Patriotes? Si oui, lequel?

Non Oui : _____

Votre enfant est-il scolarisé dans une autre commission scolaire? Si oui, indiquer le nom de la commission et de l'école.

Non Oui : _____

Autorisé à quitter seul? Oui : Heure : _____ Autorisé aux sorties extérieures (parc, etc.) Oui Non

Coordonnées de la mère

Nom et prénom de la mère : _____ Répondant : Oui

Adresse complète : _____ Code postal : _____

Téléphone (maison) : _____ Travail : _____ Cellulaire : _____

Lieu de travail : _____ Adresse courriel : _____

Coordonnées du père

Nom et prénom du père : _____ Répondant : Oui

Adresse complète : _____ Code postal : _____

Téléphone (maison) : _____ Travail : _____ Cellulaire : _____

Lieu de travail : _____ Adresse courriel : _____

Personnes autorisées à venir chercher l'élève ou à contacter en cas d'urgence (autre que les parents)

En cas d'urgence, qui devons-nous aviser? (**Autre que les parents**)

Nom : _____ Tél. maison : _____ Cellulaire : _____

Nom : _____ Tél. maison : _____ Cellulaire : _____

Nom : _____ Tél. maison : _____ Cellulaire : _____

Nom : _____ Tél. maison : _____ Cellulaire : _____

Nom : _____ Tél. maison : _____ Cellulaire : _____

Type de fréquentation

- Régulier (minimum 3 à 5 jours/semaine + minimum de 2 périodes par jour)
- Sporadique (ex : midi seulement)
- Occasionnel

Date du début de la fréquentation : _____

Prendre note que pour le préscolaire il y aura une entrée progressive. (Information à venir)

Fréquentation prévue	Veuillez cocher les cases selon vos besoins				
Périodes de fréquentations	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Présence le matin					
Présence le midi					
Présence période maternelle					
Présence soir après la cloche de 3h35					

Note : Pour un enfant régulier, vous serez facturés en fonction de la fréquentation prévue. (Voir les règles du service de garde pour plus d'informations)

Dossier médical

No d'assurance maladie : _____ Expire le : _____

Allergies : Oui Non Si oui, précisez : _____

L'enfant souffre-t-il d'une maladie, d'un handicap ou d'une allergie alimentaire? Si oui, préciser et décrire les premiers symptômes : _____

Est-ce qu'il y a une procédure particulière à suivre? _____

Advenant une situation qui requiert l'intervention des ambulanciers, veuillez prendre note que vous serez responsable de l'acquittement des frais encourus.

- ✓ J'ai pris connaissance des règlements du service de garde et m'engage à les respecter.
- ✓ Je déclare que ces renseignements sont exacts et complets, à la présente date.
- ✓ J'autorise les responsables du service de garde à prendre les mesures nécessaires pour faire soigner mon enfant (transport à l'urgence en ambulance, appel au médecin, etc.) et en cas d'urgence (maladie soudaine, accident, etc.)

Signature de l'autorité parentale

Date

Service de garde JP-Labarre 450-645-2359 poste 6281

**Veillez noter que les relevés fiscaux sont émis aux payeurs des factures.
(Numéro d'assurance sociale obligatoire afin d'émettre les relevés fiscaux
(Formulaire ci-joint))**