



Fiche d'inscription service de garde 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 : Féminin Masculin Non-binaire | Code permanent (si connu) : |

IDENTIFICATION DES RÉPONDANTS

| Répondants : | Les deux parents | Parent 1 | Parent 2 | Tuteur |
|-----------------------------|------------------|-----------------|---------------------|--------|
| | Parent 1 | Parent 2 | Tuteur légal | |
| | Père Mère | Père Mère | Féminin Masculin | |
| | Autre _____ | Autre _____ | 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 est en garde partagée? 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

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 pour l'année 2024-2025.

Signature du parent ou du tuteur_____
Date