

Instructions pour compléter ce formulaire

- A. Compléter les renseignements requis;
B. Indiquer l'école que fréquentera votre enfant en septembre prochain;
C. Apposer votre signature ainsi que la date du jour à la fin du présent formulaire.

DÉTAILS DU DOSSIER DE L'ÉLÈVE

Identification de l'élève

NOM PRÉNOM DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)

SEXE FICHE RANG FAMILIAL
 M F

Garde partagée

SI UNE GARDE PARTAGÉE S'APPLIQUE, VEUILLEZ CHOISIR UN TYPE DE FACTURATION :

- EN POURCENTAGE - Définir le pourcentage Parent A : _____ % Définir le pourcentage Parent B : _____ % (calendrier de garde partagée à fournir)
 CALENDRIER (calendrier de garde partagée à fournir)

Dossier annuel

PAYEUR PRINCIPAL

- PARENT A PARENT B TUTEUR

AUTORISÉ À QUITTER SEUL AUTORISÉ AUX SORTIES EXTÉRIEURES PRÉSENT AUX JOURNÉES PÉDAGOGIQUES
 OUI NON OUI NON OUI NON

Si oui, préciser l'heure :

ÉCOLE QUE FRÉQUENTERA VOTRE ENFANT L'AN PROCHAIN :

DÉTAILS DES CONTACTS AU DOSSIER DE L'ÉLÈVE

Coordonnées du parent A

NOM PRÉNOM RÉPONDANT
 OUI NON

Adresse du parent A

NO CIVIQUE RUE, AVENUE, AUTRE APPARTEMENT

VILLE CODE POSTAL CASE POSTALE

TÉL. DE RÉSIDENCE TÉL. TRAVAIL CELLULAIRE

COURRIEL



Coordonnées du parent B		
NOM	PRÉNOM	RÉPONDANT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Adresse du parent B		
NO CIVIQUE	RUE, AVENUE, AUTRE	APPARTEMENT
VILLE	CODE POSTAL	CASE POSTALE
TÉL. DE RÉSIDENCE	TÉL. TRAVAIL	CELLULAIRE
COURRIEL		
Coordonnées du tuteur		
NOM	PRÉNOM	RÉPONDANT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Adresse du tuteur		
NO CIVIQUE	RUE, AVENUE, AUTRE	APPARTEMENT
VILLE	CODE POSTAL	CASE POSTALE
TÉL. DE RÉSIDENCE	TÉL. TRAVAIL	CELLULAIRE
COURRIEL		
PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ÉLÈVE		
NOM	PRÉNOM	LIEN (Grands-parents, gardienne, ami ou autre)
TÉL. DE RÉSIDENCE	TÉL. TRAVAIL	CELLULAIRE
NOM	PRÉNOM	LIEN (Grands-parents, gardienne, ami ou autre)
TÉL. DE RÉSIDENCE	TÉL. TRAVAIL	CELLULAIRE
NOM	PRÉNOM	LIEN (Grands-parents, gardienne, ami ou autre)
TÉL. DE RÉSIDENCE	TÉL. TRAVAIL	CELLULAIRE
PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE		
Priorité 1		
NOM	PRÉNOM	LIEN (Grands-parents, gardienne, ami ou autre)
TÉL. DE RÉSIDENCE	TÉL. TRAVAIL	CELLULAIRE

Priorité 2

NOM	PRÉNOM	LIEN (Grands-parents, gardienne, ami ou autre)
-----	--------	--

TÉL. DE RÉSIDENCE	TÉL. TRAVAIL	CELLULAIRE
-------------------	--------------	------------

Priorité 3

NOM	PRÉNOM	LIEN (Grands-parents, gardienne, ami ou autre)
-----	--------	--

TÉL. DE RÉSIDENCE	TÉL. TRAVAIL	CELLULAIRE
-------------------	--------------	------------

MEMBRE(S) DE LA FAMILLE INSCRIT(S) AU SERVICE DE GARDE

NOM	PRÉNOM
-----	--------

NOM	PRÉNOM
-----	--------

NOM	PRÉNOM
-----	--------

DOSSIER MÉDICAL

MON ENFANT A UNE CONDITION MÉDICALE PARTICULIÈRE

 OUI (Dans l'affirmative, assurez-vous de remplir la fiche d'urgence santé disponible au secrétariat de l'école.) NON
RÉSERVATION DE BASE (FRÉQUENTATION AU SERVICE DE GARDE)

DATE DE DÉBUT DE LA RÉSERVATION DE BASE

(AAAA – MM – JJ)

STATUT DE FRÉQUENTATION

INSCRIPTION RÉGULIÈRE : 1 jour 2 jours 3 à 5 joursINSCRIPTION SPORADIQUE SURVEILLANCE DU DÎNER (disponible dans quelques services de garde seulement)

HEURE D'ARRIVÉE PRÉVUE AU SERVICE DE GARDE

HEURE DE DÉPART PRÉVUE DU SERVICE DE GARDE

IMPORTANT - VOUS DEVEZ COCHER CHAQUE PÉRIODE OÙ VOTRE ENFANT SERA PRÉSENT

PÉRIODES	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DÎNER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APRÈS-MIDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MESSAGE

Pour nous aider à planifier efficacement l'horaire et le nombre de nos éducateurs, il serait important d'indiquer l'heure prévue d'arrivée (période du matin) et de départ (en fin de journée) de votre enfant. Cochez l'ensemble des périodes prévues pour la fréquentation de votre enfant au service de garde, même celles occasionnelles. Nous sommes conscients que cet horaire peut varier à l'occasion, mais veuillez nous indiquer les heures et les périodes de fréquentation au meilleur de votre connaissance.

NOTES SUPPLÉMENTAIRES OU COMMENTAIRES

DÉCLARATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE

- ▶ J'ai pris connaissance des règles de fonctionnement 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, appel au médecin, etc.) en cas d'urgence (maladie soudaine, accident, etc.).

.....
Prénom et nom de l'autorité parentale

.....
Signature de l'autorité parentale

..... (AAAA-MM-JJ)
Date

● Veuillez noter que les relevés fiscaux sont émis aux payeurs de factures

Cette section est réservée au service de garde

Prénom et nom de l'enseignant(e) :

Groupe-repère de l'élève : Classe :

Numéro et nom de l'école :