Centre de services scolaire des Affluents Québec

# FICHE D'INSCRIPTION AU SERVICE DE GARDE

## Année scolaire 2023-2024

**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<br>☐ M ☐ F | FICHE | RANG FAMILIAL |

### 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 | | |


**Centre administratif**
80, rue Jean-Baptiste-Meilleur
Repentigny (Québec) J6A 6C5
**Téléphone : 450 492-9400**
Télécopieur : 450 492-3720
cssda.gouv.qc.ca

**Service des ressources éducatives**
775, rue Saint-Louis
Terrebonne (Québec) J6W 1J7
**Téléphone : 450 492-9400**
Télécopieur : 450 492-3733

**Service des ressources matérielles**
**Service des technologies de l'information**
81, rue de Normandie
Repentigny (Québec) J6A 7B3
**Téléphone : 450 492-9400**
Télécopieur : 450 492-3728

## Coordonnées du parent B

| NOM | PRÉNOM | RÉPONDANT<br>☐ OUI ☐ 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<br>☐ OUI ☐ 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 jours

INSCRIPTION 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 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| DÎNER | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| APRÈS-MIDI | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**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

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

Signature de l'autorité parentale 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 : _____