

### 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

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 MÈRE : % Définir le pourcentage PÈRE : % (calendrier de garde partagée à fournir)
- CALENDRIER (calendrier de garde partagée à fournir)

#### Dossier annuel

PAYEUR PRINCIPAL

PÈRE  MÈRE  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 de la mère

NOM PRÉNOM RÉPONDANT  
 OUI  NON

#### Adresse de la mère

NO CIVIQUE RUE, AVENUE, AUTRE APPARTEMENT

VILLE CODE POSTAL CASE POSTALE

TÉL. DE RÉSIDENCE TÉL. TRAVAIL CELLULAIRE

COURRIEL

#### Coordonnées du père

NOM PRÉNOM RÉPONDANT  
 OUI  NON

Adresse du père		
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     NON (N.B. : Dans l'affirmative, assurez-vous de remplir la fiche d'urgence santé disponible au secrétariat de l'école.)
**RÉSERVATION DE BASE (FRÉQUENTATION AU SERVICE DE GARDE)**

DATE DE DÉBUT DE LA RÉSERVATION DE BASE

(Année – Mois – Jour)

STATUT DE FRÉQUENTATION

 Régulier     Sporadique     Dineur (régulier ou occasionnel)

HEURE D'ARRIVÉE PRÉVUE AU SERVICE DE GARDE

HEURE DE DÉPART PRÉVUE AU 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**

- ▶ 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.).

.....  
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 : \_\_\_\_\_



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