

Fiche d'inscription

Service de garde (statut régulier, sporadique et dîneur)

École des Saules-Rieurs

2021-2022

Identification de l'enfant

Groupe repère :

Nom : _____ Date de naissance : _____
 Prénom : _____ Sexe : _____
 _____ Fiche : _____

Veillez identifier le besoin pour l'année 2021-2022 :

- Période du dîner seulement
 Service de garde (régulier et sporadique)
 Aucun service pour 2021-2022

Veillez :

- ✓ Compléter la fiche;
 ✓ Apporter les corrections;
 ✓ Signer la fiche;
 ✓ Retourner la fiche au technicien ou technicienne du service de garde

Identification des parents

| Parent | Parent | Tuteur légal |
|---|---|---|
| Nom : _____ | Nom : _____ | Nom : _____ |
| Prénom : _____ | Prénom : _____ | Prénom : _____ |
| Numéro d'assurance sociale <i>Cette donnée est obligatoire afin d'émettre les reçus fiscaux aux payeurs des frais</i> | Numéro d'assurance sociale <i>Cette donnée est obligatoire afin d'émettre les reçus fiscaux aux payeurs des frais</i> | Numéro d'assurance sociale <i>Cette donnée est obligatoire afin d'émettre les reçus fiscaux aux payeurs des frais</i> |
| Adresse: _____ | Adresse: _____ | Adresse: _____ |
| Est-ce que l'enfant réside à cette adresse? : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Est-ce que l'enfant réside à cette adresse? : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Est-ce que l'enfant réside à cette adresse? : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Courriel : _____ | Courriel : _____ | Courriel : _____ |
| Téléphone (maison) : _____ | Téléphone (maison) : _____ | Téléphone (maison) : _____ |
| Téléphone (travail) : _____ | Téléphone (travail) : _____ | Téléphone (travail) : _____ |
| Cellulaire : _____ | Cellulaire : _____ | Cellulaire : _____ |
| Téléavertisseur : _____ | Téléavertisseur : _____ | Téléavertisseur : _____ |

Autres contacts : autorisés à venir chercher l'enfant et à joindre en cas d'urgence

| Nom et prénom : | Adresse : | Tél. maison | Tél. travail | Cellulaire | Lien avec l'enfant : |
|-----------------|-----------|-------------|--------------|------------|----------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Membre de la famille inscrit au service de garde

Problèmes de santé

Est-ce que votre enfant a un problème de santé requérant une attention particulière ? Oui Non

| Description du problème | Auto-injecteur | Médicaments | Remarque |
|-------------------------|--------------------------|-------------|----------|
| _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |

Autres informations en lien avec la santé de votre enfant

Veillez compléter le verso ==>

Fiche: _____

Réservation de base (fréquentation au service de garde)

| | | | |
|--|------------------------------|--|--|
| Date de début de la fréquentation | Heure d' ARRIVÉE PRÉVUE | Heure de DÉPART PRÉVUE | Devrait fréquenter lors des journées pédagogiques <input type="checkbox"/> |
| _____ | _____ | _____ | Un mode d'inscription indépendant suivra. |
| Est-ce que l'enfant est en garde partagée? | OUI <input type="checkbox"/> | Est-ce que la fréquentation de l'enfant est différente selon la garde partagée ? <i>Si oui, un calendrier de la garde doit être remis</i> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | |
| | NON <input type="checkbox"/> | Désirez-vous recevoir un état de compte distinct (père et mère), dont la facturation sera calculée, selon les besoins de garde de chacun ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | |

Veillez cocher les périodes correspondantes à vos besoins de garde (régulier, sporadique ou dîneur) :

**** L'élève inscrit au service de garde matin et soir, 5 jours par semaine, n'a pas droit au transport scolaire.**

| Périodes | | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
|-------------------|---------------|-------|-------|----------|-------|----------|
| Avant les classes | 07:00 à 08:15 | | | | | |
| Midi | 11:54 à 13:14 | | | | | |
| Après les classes | 15:55 à 18:00 | | | | | |

| | | | |
|---|------------------------------|------------------------|--|
| Autorisez-vous l'enfant à quitter seul le service de garde? | OUI <input type="checkbox"/> | À quelle heure ? _____ | Si oui, veuillez vous assurer d'une entente préalable avec le technicien ou la technicienne. |
|---|------------------------------|------------------------|--|

Transport

| Votre enfant a-t-il droit au service du transport scolaire ? <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez cocher les périodes correspondantes à vos besoins pour le service du transport scolaire : | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Périodes</th> <th>Lundi</th> <th>Mardi</th> <th>Mercredi</th> <th>Jeudi</th> <th>Vendredi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AM</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PM</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | Périodes | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | AM | | | | | | PM | | | | | |
|---|---|----------|----------|-------|----------|-------|----------|----|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|
| Périodes | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | | | | | | | | | | | | | | |
| AM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- Je m'engage à prendre connaissance des règles de fonctionnement du service de garde (incluant le dîner) et à les respecter;
 - Je m'engage à payer les frais associés au service choisi (régulier, sporadique, dîneur);
 - Je déclare que ces renseignements sont exacts et complets, à la présente date. Je m'engage à aviser le technicien ou la technicienne du service de garde de tout changement à la présente fiche, et ce dans les meilleurs délais;
 - Je consens à ce que mon enfant participe à des activités extérieures à proximité de l'école (parc) et ce, en présence du personnel de l'école;
 - S'il survient une maladie ou un accident sérieux, le personnel de l'école prendra les mesures nécessaires. Si un transport par ambulance doit être effectué, les frais seront entièrement à la charge des répondants (parents ou tuteur).

Signature d'un des répondants Père Mère Autre _____ Date

***** Veuillez noter que les reçus fiscaux sont émis aux payeurs des frais *****

| | | | | |
|--------------------------------------|---------------|------------------------------------|--------|--|
| À l'usage du service de garde | | | | Confirmation du statut : <input type="checkbox"/> Dîneur <input type="checkbox"/> Sporadique <input type="checkbox"/> Régulier |
| Nom et prénom de l'enseignant (e) : | Groupe-repère | Groupe d'appartenance (SDG ou SSD) | Classe | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | Date : _____ |
| Inscription reçue par : _____ | | | | |