

\*\*\*\*\* Il est obligatoire de remettre ce formulaire **complété et signé**  
afin de vous assurer de l'inscription de votre enfant. \*\*\*\*\*

\*\*\* Veuillez noter que les relevés fiscaux sont émis aux payeurs des factures. \*\*\*

### Détails du dossier de l'élève

#### Identification

Élève : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_  
Fiche : \_\_\_\_\_ Code permanent : \_\_\_\_\_  
Groupe Classe : \_\_\_\_\_

Est-ce qu'une garde partagée est applicable :  
Oui  Non

#### Si oui :

Facturation de la garde partagée :  
- en pourcentage : Parent 1 \_\_\_\_% Parent 2 \_\_\_\_%  
- en calendrier  (à fournir)

#### Dossier annuel

Payeur principal : \_\_\_\_\_  
Autorisé à quitter seul : Oui  Non  Heure : \_\_\_\_\_  
Autorisé aux sorties extérieures : Oui  Non   
Présent aux journées pédagogiques : Oui  Non

### Coordonnées du Parent 1

Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
Répondant : Oui  Non   
Adresse : \_\_\_\_\_  
Résidence de l'élève : Oui  Non   
Numéro d'assurance social : \_\_\_\_\_ (Nécessaire pour les reçus d'impôt)  
Téléphone (maison) : \_\_\_\_\_  
Téléphone (travail) : \_\_\_\_\_  
Cellulaire : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

**Le numéro d'assurance sociale est une information obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu.**  
Je refuse de le fournir

### Coordonnées du Parent 2

Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
Répondant : Oui  Non   
Adresse : \_\_\_\_\_  
Résidence de l'élève : Oui  Non   
Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_ (Nécessaire pour les reçus d'impôt)  
Téléphone (maison) : \_\_\_\_\_  
Téléphone (travail) : \_\_\_\_\_  
Cellulaire : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

**Le numéro d'assurance sociale est une information obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu.**  
Je refuse de le fournir

### Coordonnées du tuteur

Nom et prénom du contact : \_\_\_\_\_  
Répondant : Oui  Non  Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
Adresse du contact : \_\_\_\_\_  
Résidence de l'élève : Oui  Non   
Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_ (Nécessaire pour les reçus d'impôt)  
Téléphone (maison) : \_\_\_\_\_  
Téléphone (travail) : \_\_\_\_\_  
Cellulaire : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

**Le numéro d'assurance sociale est une information obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu.**  
Je refuse de le fournir

École : \_\_\_\_\_

2024-2025

**Personnes autorisées à venir chercher l'élève**

Nom, prénom et adresse	Contact	Tél.maison	Tél.trav1	Tél.trav2	Cellulaire	À retirer
------------------------	---------	------------	-----------	-----------	------------	-----------

---



---

**Personnes à contacter en cas d'urgence**

Nom, prénom et adresse	Contact	Priorité	Tél.maison	Tél.trav1	Tél.trav2	Cellulaire	À retirer
------------------------	---------	----------	------------	-----------	-----------	------------	-----------

---



---

**Membres de la famille inscrits au service de garde**

---



---

**Dossier médical**

Description du problème de santé	Choc		Liste des médicaments	Remarque
	Anaphylactique	Épipen		
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

**Notes du dossier médical**

---



---

**Réservation de base (Fréquentation au service de garde)**

**(Section obligatoire)**

Statut de fréquentation : Régulier  Sporadique  **Si garde partagée joindre le calendrier**

Pour avoir le statut régulier votre enfant devra fréquenter le service de garde au moins 2 périodes pendant une journée. Sinon, il sera considéré sporadique. La facturation sera effectuée en fonction des présences prévues à l'horaire de fréquentation.

**\*\*\* Important : vous devez cocher chaque période où votre enfant sera présent.**

Valide à partir du : \_\_\_\_\_  
(aaaa-mm-jj)

Les heures d'ouverture varient selon le service de garde, contactez l'école de votre enfant pour plus de détails.

Périodes	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Midi					
Maternelles - PM					
Soir					

**Notes supplémentaires**

**Demande de prise et de diffusion de photographie et ou de l'image**

AGISSANT EN QUALITÉ DE REPRÉSENTANT LÉGAL DE L'ENFANT, J'AUTORISE :

- La prise d'une ou plusieurs photographie(s) et ou de(s) image(s) (captation, fixation, enregistrement, numérisation) le représentant. OUI \_\_\_ NON \_\_\_
- La diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographie(s) et ou de(s) image(s) le représentant. OUI \_\_\_ NON \_\_\_
- La commercialisation d'une ou plusieurs photographie(s) et ou de(s) image(s) le représentant. OUI \_\_\_ NON \_\_\_

**Facture électronique :** Je désire recevoir la facture des frais de service de garde par courriel : Oui \_\_\_ Non \_\_\_

- 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.)

X

Signature de l'autorité parentale

Date

X

Signature de la technicienne du service de garde

Date