

FICHE D'INSCRIPTION SERVICE DE GARDE

Ecole Hamelin
2024-2025

STATUT DE L'ÉLÈVE :

Utilisateur régulier : _____ (2 périodes et plus par jour)

Utilisateur sporadique : _____ (une seule période par jour / occasionnellement / pour journée pédagogique)

INFORMATION SUR L'ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____
J M A

L'enfant demeure avec : Père et mère Père Mère Garde partagée Autre _____
Précisez

En septembre 2024, votre enfant sera en : maternelle 4 ans maternelle 5 ans

1^{re} 2^e 3^e 4^e 5^e 6^e

Date prévue de fréquentation : _____

TABLEAU DE FRÉQUENTATION

JOURNÉES PÉDAGOGIQUES

SI FRÉQUENTATION LE MATIN, HEURE D'ARRIVÉE PRÉVUE : _____

SI FRÉQUENTATION LE SOIR, HEURE DE DÉPART PRÉVUE : _____

Il se peut que mon enfant prenne l'autobus. Voici le numéro de son autobus : _____ Transfert : _____

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Matin					
Midi					
Soir					

Horaire atypique

Si vous cocher horaire atypique, vous serez facturé minimalement selon le nombre de jours cochés.

Vous devez nous indiquer les journées précises de vos besoins, 10 jours ouvrables à l'avance.

IMPORTANT : REMPLIR LE VERSO

INFORMATION SUR LES PARENTS

PARENT 1 :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____ CODE POSTAL : _____

TÉL. : _____ TÉL. AU TRAVAIL : _____ poste : _____ CELL. : _____

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE (pour relevé d'impôt) : _____

COURRIEL (POUR RECEVOIR L'ÉTAT DE COMPTE PAR COURRIEL) : _____

PARENT 2 :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____ CODE POSTAL : _____

TÉL. : _____ TÉL. AU TRAVAIL : _____ poste : _____ CELL. : _____

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE : _____

COURRIEL (POUR RECEVOIR L'ÉTAT DE COMPTE PAR COURRIEL) : _____

À noter : Les relevés fiscaux seront remis au payeur. Le numéro d'assurance social du payeur est demandé afin que nos relevés soient valides. Si des paiements sont faits par une autre personne que le payeur prévu, nous devons demander le numéro d'assurance sociale de celui-ci afin que ses relevés soient valides.

FICHE MÉDICALE

Maladies ou conditions particulières : _____

Conditions restrictives pour les activités physiques : _____

Allergies (type) : _____

Prend-t-il des médicaments régulièrement ? NON OUI Si oui, précisez : _____

AUTORISATION

J'autorise le service de garde à administrer un médicament que j'aurai fourni avec la posologie OUI NON

J'autorise le personnel du service de garde à prendre les mesures nécessaires pour faire soigner mon enfant (transport à l'urgence, à un centre hospitalier ou un appel à un médecin, etc.) en cas d'urgence. OUI NON

J'autorise que mon enfant soit photographié pour les besoins du service de garde OUI NON

PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) À VENIR CHERCHER L'ENFANT (AUTRES QUE LES PARENTS)

NOM : _____ TÉL. (rés.) : _____

Lien avec l'enfant : _____ TÉL. (autre) : _____

NOM : _____ TÉL. (rés.) : _____

Lien avec l'enfant : _____ TÉL. (autre) : _____

NOM : _____ TÉL. (rés.) : _____

Lien avec l'enfant : _____ TÉL. (autre) : _____

SIGNATURE DU PARENT : _____ **DATE :** _____