

## FICHE D'INSCRIPTION – ANNÉE SCOLAIRE 2023-2024

### Service de garde école Christ-Roi

**STATUT DE L'ÉLÈVE :**

Régulier :

Sporadique :

#### INFORMATION SUR L'ENFANT

Nom :  Prénom :

Adresse :  Code postal :  Tél. :

Date de naissance :  Sexe : Masculin  Féminin  Âge :

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

Autres (précisez) :

En août 2023, votre enfant sera en : Mat 4 ans  Mat 5 ans  1<sup>re</sup>  2<sup>e</sup>  3<sup>e</sup>  4<sup>e</sup>  5<sup>e</sup>  6<sup>e</sup>

#### TABLEAU DE FRÉQUENTATION

Date prévue début de fréquentation :  Journées pédagogiques : Oui

Si fréquentation le matin, **heure approximative d'arrivée prévue** :

Si fréquentation le soir, **heure approximative de départ prévue** :

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

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
<b>Matin :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Midi :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Soir :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 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.

#### FICHE MÉDICALE DE L'ENFANT

Maladies ou conditions particulières :

Conditions restrictives pour les activités physiques :

Allergies (type) :

Prend-il des médicaments régulièrement? Non  Oui  Si oui, précisez :

## INFORMATION SUR LES PARENTS

### PARENT 1 :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Tél. (rés.) :

Tél. (travail) :

poste :

Cell. :

Numéro d'assurance sociale :

*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.*

Courriel :

(Courriel : Pour recevoir les états de compte ainsi que toutes les informations concernant le service de garde)

### PARENT 2 :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Tél. (rés.) :

Tél. (travail) :

poste :

Cell. :

Numéro d'assurance sociale :

*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.*

Courriel :

(Courriel : Pour recevoir les états de compte ainsi que toutes les informations concernant le service de garde)

## AUTORISATION

J'autorise le service de garde à superviser l'administration d'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 ou filmé. J'autorise que les images de mon enfant soient diffusées (site de l'école, Facebook de l'école)

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) :

Les règles de fonctionnement vous seront remises dès que l'inscription sera complétée.

Signature :

Date :