

CONTRAT D'INSCRIPTION AU SERVICE DE GARDE

ANNÉE SCOLAIRE 2023-2024
SERVICE DE GARDE DE L'ÉCOLE INTERNATIONALE DE ST-SACREMENT
Compléter toutes les parties du formulaire S.V.P.

J'inscris mon enfant : Dès le premier jour de classe À partir de ____/____/____

NOM DE L'ENFANT PRÉNOM SEXE DATE DE NAISSANCE

Les coordonnées de l'enfant sont les mêmes que celles : (cocher la case appropriée)

du père et de la mère de la mère du père du tuteur ou tutrice

NIVEAU SCOLAIRE (COCHER LA CASE CORRESPONDANTE À L'ANNÉE DE LA PRÉSENTE INSCRIPTION)						
PRÉSCOLAIRE	1 ^{er} CYCLE		2 ^e CYCLE		3 ^e CYCLE	
	1 ^{re} année	2 ^e année	3 ^e année	4 ^e année	5 ^e année	6 ^e année
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IDENTIFICATION : PÈRE TUTRICE RÉPONDANT DE L'ENFANT : oui non PAYEUR : oui non

NOM PRÉNOM NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE
(Pour production des relevés fiscaux)

ADRESSE CODE POSTAL

TÉLÉPHONE (DOMICILE) (TRAVAIL) CELLULAIRE ADRESSE COURRIEL

IDENTIFICATION : MÈRE TUTEUR RÉPONDANT DE L'ENFANT : oui non PAYEUR : oui non

NOM PRÉNOM NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE
(Pour production des relevés fiscaux)

ADRESSE CODE POSTAL

TÉLÉPHONE (DOMICILE) (TRAVAIL) CELLULAIRE ADRESSE COURRIEL

LE NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE EST NÉCESSAIRE POUR L'ÉMISSION DES RELEVÉS D'IMPÔT.
IMPORTANT : LES RELEVÉS D'IMPÔT SONT ÉMIS AU NOM DU PARENT PAYEUR.

GRILLE DE FRÉQUENTATION DU SDG

Mon enfant sera présent : (coché toutes les cases où vous avez besoin du service de garde)

PÉRIODES	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
MATIN (7h à 8h00)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DÎNER (11H30 À 12H50)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DÉPANNAGE PRÉSCOLAIRE (14h17 à 15h15)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FIN DE JOURNÉE (15h15 à 18h00)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GARDE PARTAGÉE : **oui** non

(SI OUI, COMPLÉTER UN CONTRAT POUR CHAQUE PARENT. IL EST OBLIGATOIRE DE FOURNIR LE CALENDRIER DE LA GARDE PARTAGÉE.)

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET AUTORISÉES À VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT (AUTRES QUE LES PARENTS) :

NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE : _____

ADRESSE : _____

TÉLÉPHONE MAISON : _____ TRAVAIL : _____ CELLULAIRE : _____

NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE : _____

ADRESSE : _____

TÉLÉPHONE MAISON : _____ TRAVAIL : _____ CELLULAIRE : _____

INFORMATIONS SUR LA SANTÉ

ALLERGIES (S'IL Y A LIEU) :	
MÉDICATION À PRENDRE (S'IL Y A LIEU) :	
PARTICULARITÉS (ALIMENTAIRES, PHYSIQUES OU AUTRES) :	
NOM DU MÉDECIN TRAITANT :	TÉLÉPHONE :
ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ HABITUELLEMENT FRÉQUENTÉ :	

- J'ai pris connaissance du document « Service de garde, document d'information » et je m'engage à le respecter.
- Je déclare que ces renseignements sont exacts et complets, à la présente date.
- J'autorise le personnel du service de garde à prendre les mesures nécessaires pour soigner mon enfant en cas d'urgence, de blessure, de maladie soudaine, etc. (transport par ambulance à l'hôpital, appel au médecin, etc.)
- Nous recommandons fortement au parent de disposer d'une assurance-accident pour leur enfant.

SIGNATURE DU PARENT

DATE