

# CONTRAT D'INSCRIPTION AU SERVICE DE GARDE

ANNÉE SCOLAIRE 2024-2025  
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 <sup>er</sup> CYCLE		2 <sup>e</sup> CYCLE		3 <sup>e</sup> CYCLE	
	1 <sup>re</sup> année	2 <sup>e</sup> année	3 <sup>e</sup> année	4 <sup>e</sup> année	5 <sup>e</sup> année	6 <sup>e</sup> 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"/>				
DÎNER (11H30 À 12H50)	<input type="checkbox"/>				
DÉPANNAGE PRÉSCOLAIRE (14h17 à 15h15)	<input type="checkbox"/>				
FIN DE JOURNÉE (15h15 à 18h00)	<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