

## CONTRAT D'INSCRIPTION DU SERVICE DE GARDE 2022-2023

IDENTIFICATION DE L'ENFANT	
Nom : _____	Sexe : _____
Prénom : _____	Degré : _____
Date de naissance : _____	
Adresse : _____	
Téléphone : _____	
L'élève est en garde partagée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (Si oui, pour les parents en garde partagée, vous devez remplir deux contrats d'inscription)	

IDENTIFICATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE	
Parent A	Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>
Nom : _____	Tél. résidence : _____
Prénom : _____	Tél. travail : _____
Assurance sociale : _____	Tél. cellulaire : _____
Je refuse de divulguer mon N.A.S. <input type="checkbox"/>	
Adresse électronique : _____	
Adresse (à remplir si différente de celle de l'enfant) _____	
Parent B	Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>
Nom : _____	Tél. résidence : _____
Prénom : _____	Tél. travail : _____
Assurance sociale : _____	Tél. cellulaire : _____
Je refuse de divulguer mon N.A.S. <input type="checkbox"/>	
Adresse électronique : _____	
Adresse (à remplir si différente de celle de l'enfant) _____	

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT AUTRE QUE LES PARENTS ET EN CAS D'URGENCE			
Nom de la personne	Lien	Tél. résidence	Tél. cellulaire

PÉRIODES DE FRÉQUENTATION : régulier <input type="checkbox"/> sporadique <input type="checkbox"/>					
Parent A et B <input type="checkbox"/>		Parent A <input type="checkbox"/>	Parent B <input type="checkbox"/>		
Périodes	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Transition préscolaire					
Midi					
Fin de journée					

Heure d'arrivée prévue au service de garde (approximatif) : \_\_\_\_\_

Heure de départ prévue au service de garde (approximatif) : \_\_\_\_\_

Date du début de la fréquentation au service de garde : \_\_\_\_\_

**Garde partagée** : pour la facturation des frais, veuillez indiquer le partage de la facture :

Selon le calendrier de garde

Selon un pourcentage de partage : Parent A \_\_\_\_\_ % Parent B \_\_\_\_\_ %

**Faire parvenir le calendrier à la personne responsable du service de garde.**

INFORMATION SUR LA SANTÉ DE L'ENFANT	
<input type="checkbox"/>	Allergies : _____
<input type="checkbox"/>	Médication à prendre régulièrement : _____
<input type="checkbox"/>	Autres particularités physiques ou alimentaires : _____
Nom et prénom du médecin traitant : _____	
Numéro de téléphone du médecin traitant : _____	
Nom de la clinique médicale : _____	

En cas de fermeture d'urgence de l'école durant la journée :

Mon enfant reste au service de garde.

Mon enfant retourne à la maison.

Je m'engage à prendre connaissance des règlements du service de garde et à les respecter (à consulter sur le site internet de l'école).

Je déclare que les renseignements fournis sont exacts et complets.

J'autorise le personnel du service de garde à prendre les mesures nécessaires pour faire soigner mon enfant en cas d'urgence (premiers soins, transport en ambulance, appel au médecin, etc.).

J'autorise le personnel à faire des sorties dans le quartier avec mon enfant.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent répondant

\_\_\_\_\_  
Date