

## FICHE D'INSCRIPTION – ANNÉE SCOLAIRE 2026-2027

### Service de garde

#### STATUT DE L'ÉLÈVE :

Régulier : ☐ (2 périodes et plus par jour)    Sporadique : ☐ (une seule période par jour/  
occasionnellement ou pédagogique)

#### INFORMATION SUR L'ENFANT

Nom :     Prénom :

Date de naissance :

L'enfant demeure avec : Parent 1 et 2 ☐    Parent 1 ☐    Parent 2 ☐    Garde partagée ☐    Tuteur ☐

Autres (précisez) :

En août 2025, 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 SDG ratio 1/20:</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"/> |
| <b>Midi surveillance des<br/>dîneurs ratio 1/50</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) :

**J'ai lu et je consens à respecter les règles de fonctionnement**

**Signature :**

**Date :**