

# Fiche d'inscription - Service de garde en milieu scolaire

## Nouvelle inscription au CSSDM

SERVICE DE L'ORGANISATION SCOLAIRE  
SECTEUR SERVICES DE GARDE

**IMPORTANT :** Veuillez enregistrer le formulaire sur votre ordinateur avant de le remplir avec Adobe Reader ou à la main.  
Ne pas remplir le formulaire dans un navigateur Web. **SVP, remplir les deux pages.**

École :	Année scolaire :
---------	------------------

### IDENTIFICATION

Nom de l'enfant	Prénom	Date de naissance	Sexe	
		Année Mois Jour	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
			Autre <input type="checkbox"/>	
Langue parlée et comprise par l'enfant				
Adresse		Code postal	Téléphone	
Parent <b>A</b> Nom et prénom	Répondant <input type="checkbox"/>	Téléphone à domicile	Téléphone au travail	Cellulaire
<input type="checkbox"/> Père				
<input type="checkbox"/> Mère				
Adresse		Code postal	Courriel	
(*) N.A.S.:				
Parent <b>B</b> Nom et prénom	Répondant <input type="checkbox"/>	Téléphone à domicile	Téléphone au travail	Cellulaire
<input type="checkbox"/> Père				
<input type="checkbox"/> Mère				
Adresse		Code postal	Courriel	
(*) N.A.S.:				
Tuteur Nom et prénom	Répondant <input type="checkbox"/>	Téléphone à domicile	Téléphone au travail	Cellulaire
<input type="checkbox"/> Masculin				
<input type="checkbox"/> Féminin				
Adresse		Code postal	Courriel	
(*) N.A.S.:				

\* Le numéro d'assurance sociale est obligatoire pour permettre au CSSDM de produire le Relevé 24 (crédit pour garde d'enfants).  
Ce relevé est transmis aux payeurs de factures et à Revenu Québec qui utilise le NAS comme identifiant unique des personnes.

(\*) Je, soussigné(e), refuse de fournir **ou je n'ai pas** de numéro d'assurance sociale tel que demandé par le Centre de services scolaire de Montréal (information obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu).

Signature parent A \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature parent B \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

L'élève demeure chez :	<input type="checkbox"/>	Envoyez la correspondance à :					
1. Parents A et B	<input type="checkbox"/>	Nom			Prénom		
2. Parent A	<input type="checkbox"/>						
3. Parent B	<input type="checkbox"/>	Adresse (si différente de celle du père, de la mère ou du tuteur)			Code postal		
4. Garde partagée	<input type="checkbox"/>						
5. Tuteur	<input type="checkbox"/>						
Maternelle 4 ans	Maternelle 5 ans	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> J'autorise mon enfant à quitter seul le service de garde à : (indiquer l'heure)							
Je désire que mon enfant demeure à l'école jusqu'à l'arrivée de l'une de ces personnes :							
_____							
_____							
_____							

<b>En cas d'urgence, aviser une des personnes suivantes : Autre que les parents SVP</b>			
Nom et prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone à domicile	Autre(s) téléphone(s)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

### CHOIX D'HORAIRE

(Mettre un X pour chacune des périodes de fréquentation)

Type d'horaire		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Bloc du matin	De _____ à _____					
Bloc du midi	De _____ à _____					
Bloc PM*	De _____ à _____					
Bloc du soir	De _____ à _____					
* Le « Bloc PM » et le « Bloc du soir » font partie de la même période pour les fins de facturation aux parents. ** Voir la réglementation du SDG pour la tarification.						
Heure d'arrivée prévue au bloc du matin :			Heure de départ prévue du bloc du soir :			
Date du début de la fréquentation au service de garde				Année	Mois	Jour

### AUTORISATION EN CAS D'URGENCE

<b>EN CAS D'URGENCE, JE SOUSSIGNÉ(E) AUTORISE LE PERSONNEL DU SERVICE DE GARDE À ADMINISTRER EN SITUATION D'URGENCE, LES PREMIERS SOINS NÉCESSAIRES ET À PRENDRE LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA SANTÉ DE MON ENFANT.</b>	
Conduire mon enfant à :	Nom de l'hôpital _____ Téléphone _____
Médecin traitant:	Nom du médecin _____ Téléphone _____
L'enfant souffre-t-il d'une maladie, d'un handicap, d'une allergie alimentaire ou à un médicament? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (Si oui, préciser laquelle ou lesquelles)	
Remarques:	

### AUTORISATION ET SIGNATURE

Je soussigné(e), affirme avoir pris connaissance des règlements du service de garde et je m'engage à les respecter et à défrayer les frais de garde. J'autorise la participation de mon enfant aux sorties organisées par le service de garde.			
Signature du parent ou du tuteur	Année	Mois	Jour