

Fiche d'inscription  
Service de dîner

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

\* 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 2. Parent A 3. Parent B 4. Garde partagée 5. Tuteur		Nom			Prénom			
		Adresse (si différente de celle du père, de la mère ou du tuteur)			Code postal			
Maternelle 4 ans <input type="checkbox"/>	Maternelle 5 ans <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	
Mon enfant est véhiculé en autobus scolaire. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>								

**En cas d'urgence, aviser une des personnes suivantes :**

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 MIDI PRÉSCOLAIRE					
BLOC DU MIDI PRIMAIRE					
BLOC PM*					
<p>* Le « Bloc PM » et le « Bloc du soir » font partie de la même période pour les fins de facturation aux parents.</p> <p>** Voir la réglementation du SDG pour la tarification.</p>					
Date du début de la fréquentation au service de dîner			Année	Mois	Jour

**AUTORISATION EN CAS D'URGENCE**

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.	
Conduire mon enfant à :	Nom de l'hôpital
Médecin traitant:	Nom du médecin
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