

# 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
<input type="checkbox"/> Père			Cellulaire
<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
<input type="checkbox"/> Père			Cellulaire
<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
<input type="checkbox"/> Masculin			Cellulaire
<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 :	Envoyez la correspondance à :						
1. Parents A et B	Nom			Prénom			
2. Parent A	Adresse (si différente de celle du père, de la mère ou du tuteur)			Code postal			
3. Parent B							
4. Garde partagée							
5. Tuteur							
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:							
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>							

**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 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**

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 : _____ <small>Nom de l'hôpital</small>	Téléphone _____
Médecin traitant: _____ <small>Nom du médecin</small>	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