****

**FICHE D’INSCRIPTION – ANNÉE SCOLAIRE 2021-2022**

**Service de garde École Brassard/St-Patrice**

**STATUT DE L’ÉLÈVE** : Régulier : [ ]  Sporadique : [ ]

|  |
| --- |
| **INFORMATION SUR L’ENFANT** |
| Nom :   | Prénom :   |
| Date de naissance :  | Genre : Masculin [ ]  Féminin [ ]  | Âge :  |
| L’enfant demeure avec : Père et mère [ ]  Père [ ]  Mère [ ]  Garde partagée [ ]  Autres (précisez) :  |
| En septembre 2020, votre enfant sera en : Maternelle [ ]  1ère [ ]  2e [ ]  3e [ ]  4e [ ]  5e [ ]  6e [ ]  |
| **TABLEAU DE FRÉQUENTATION**  |
| Date prévue début de fréquentation : **C’est à partir de cette réservation que sera établie la facturation.** |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Lundi** | **Mardi** | **Mercredi** | **Jeudi** | **Vendredi** |
| **Matin : 6h45 à 7h50** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Midi : 11h24 à 12h39**(présco : 11h10 à 12h42 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Soir : 15h05 à 17h50** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

 |
| 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 :  |
| **FICHE MÉDICALE** |
| Maladies ou conditions particulières :  |
| Conditions restrictives pour les activités physiques :  |
| Allergies (type) :  |
| Prend-il des médicaments régulièrement? Non [ ]  Oui [ ]  Si oui, précisez :  |
|  |

 **IMPORTANT : REMPLIR VERSO**

|  |
| --- |
|  **INFORMATION SUR LES PARENTS** |
| **MÈRE ou tuteur** |
| Nom :  | Prénom :  |
| Adresse :  | Ville :  | Code postal :  |
| Tél. (rés.) :  | Tél. (travail) :  | Cell. :  |
| Numéro d’assurance sociale :  (indispensable pour fins d’impôts) |
| Courriel : (pour recevoir les états de compte et toutes les informations concernant le du service de garde) |
| **PÈRE ou tuteur** |
| Nom :  | Prénom :  |
| Adresse :  | Ville :  | Code postal :  |
| Tél. (rés.) :  | Tél. (travail) :  | Cell. :  |
| Numéro d’assurance sociale :  (indispensable pour fins d’impôts) |
| Courriel : (pour recevoir les états de compte et toutes les informations concernant le du 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 :  Lien de parenté :  | Tél. (rés) : Tél. (autre) :   |
| Nom :  Lien de parenté :  | Tél. (rés) : Tél. (autre) :   |
| Nom :  Lien de parenté :  | Tél. (rés) : Tél. (autre) :   |

**En signant cette fiche, je reconnais que j’ai reçu, lu et compris les règles de fonctionnement (document joint) :**

Signature : **** Date : 