



FICHE D'INSCRIPTION – ANNÉE SCOLAIRE 2022-2023

Service de garde École Brassard-Saint-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 2022, votre enfant sera en : Maternelle 1^{ère} 2^e 3^e 4^e 5^e 6^e

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Midi : 11h24 à 12h39 (présco : 11h10 à 12h42)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soir : 15h05 à 17h50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 LE VERSO

INFORMATION SUR LES PARENTS

Parent 1 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 service de garde)

Parent 2 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 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 enfants 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 de parenté : Tél. (autre) :
Nom : Tél. (rés.) :
Lien de parenté : Tél. (autre) :
Nom : Tél. (rés.) :
Lien de parenté : Tél. (autre) :

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

Signature : Date :