

Identification de l'élève

Nom : _____ Prénom : _____
Prénom à l'état civil : _____
Sexe : F M Sexe à l'état civil : F M
Date de naissance : _____ Rang familial : _____
Adresse complète : _____
Garde partagée : Non Oui (Vous devez remplir le formulaire de garde partagée pour une facturation divisée)
Degré scolaire : _____ École : _____

Coordonnées du de la mère

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse complète : _____
Téléphone (maison) : _____ Cellulaire : _____
Téléphone (travail) : _____ Courriel : _____
Numéro d'assurance sociale (pour fins d'impôts seulement) : _____

Coordonnées du père

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse complète : _____
Téléphone (maison) : _____ Cellulaire : _____
Téléphone (travail) : _____ Courriel : _____
Numéro d'assurance sociale (pour fins d'impôts seulement) : _____

Coordonnées du tuteur

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse complète : _____
Téléphone (maison) : _____ Cellulaire : _____
Téléphone (travail) : _____ Courriel : _____
Numéro d'assurance sociale (pour fins d'impôts seulement) : _____

***Veuillez noter que les états de comptes seront envoyés par courriel et les relevés fiscaux sont émis aux payeurs des factures**

Personnes à contacter en cas d'urgence (autre que les parents)

Nom _____ Prénom _____ Lien avec l'enfant _____ Téléphone _____ Cellulaire _____

Personnes autorisées à venir chercher votre enfant

Nom _____ Prénom _____ Lien avec l'enfant _____ Téléphone _____ Cellulaire _____

Dossier médical de l'enfant

Nom du médecin de famille _____ Clinique/Hôpital : _____

Particularité(s) médicale(s) : Oui Non

Description (Allergies, épipen, liste des médicaments, remarques spécifiques, etc.)

Réservation de base

Date de début de fréquentation si autre que la première journée de classe : _____

Statut de fréquentation : Régulier (min. 2 périodes par jour, 3 jours par semaine) Sporadique (Tout autre horaire de fréquentation)

N.B. Le service de garde sera ouvert lors des 3 journées pédagogiques précédant la première journée de classe.

IMPORTANT : Vous devez cocher chaque période où votre enfant sera présent.

| Périodes | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
|-----------------------------|-------|-------|----------|-------|----------|
| Matin | | | | | |
| Midi | | | | | |
| PM maternelle 14h00 à 15h20 | | | | | |
| PM 15h20 à 18h | | | | | |

*Je déclare que ces renseignements sont exacts et complets. J'ai également pris connaissance de la régie interne du service de garde. Je m'engage à respecter les clauses et les règlements.

*J'autorise les responsables du service de garde à prendre les mesures nécessaires pour faire soigner mon enfant (transport à l'urgence, appel au médecin, etc.) en cas d'urgence, maladie soudaine, accident, etc.

Signature de l'autorité parentale

Date

« Je, soussigné, refuse de fournir mon numéro d'assurance sociale, information obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu, tel que demandé par la Commission scolaire »

Signature de l'autorité parentale

Date

Signature de l'autorité parentale

Date