



Dossier de l'élève

En septembre mon enfant sera en: _____

SDG

Dineur

Nom et prénom de l'élève : _____

Garde partagée :

Date de naissance : _____

Oui Un calendrier de garde
doit nous être transmis

Sexe : M F Code permanent : _____

Non

Fiche : _____ Numéro de dossier : _____

**** Autorisé à quitter seul:** OUI Heure: _____ **** Jours:** L M M J V NON

Autre membre de la famille inscrit: au service de garde OUI NON
ou dans une autre école de la CSP OUI NON Si oui laquelle: _____

Coordonnées du père

Nom et prénom du père : _____

Répondant : Oui Non

Adresse : _____

Résidence de l'élève Oui Non

Téléphone (maison) : _____

Téléphone (travail) : _____

Téléavertisseur : _____

Cellulaire : _____

Adresse courriel: _____

Coordonnées de la mère

Nom et prénom de la mère : _____

Répondant : Oui Non

Adresse : _____

Résidence de l'élève : Oui Non

Téléphone (maison) : _____

Téléphone (travail) : _____

Téléavertisseur : _____

Cellulaire : _____

Adresse courriel: _____

Personnes autorisées à venir chercher l'élève

IMPORTANT: - Nom - Numéro Téléphone

Nom, prénom et ville	Lien	Tél.maison	Tél.travail	Cellulaire
----------------------	------	------------	-------------	------------

Dossier médical

Numéro d'assurance maladie : _____ Date d'expiration du NAM : _____

Description	Choc	Épipen	Liste des médicaments	Remarque
-------------	------	--------	-----------------------	----------

Notes dossier médical



Réservation de base **Nom de l'enfant:** _____

Statut de fréquentation en septembre **Service de garde**

Régulier 3 à 5 jours **OU** **Sporadique** ****Date du début de fréquentation** _____

(au moins deux périodes par jour) (Année - Mois - Jour)

Dineurs

Régulier 5 jours **OU** **2 à 4 jours par semaine**

TRANSPORT (s'applique uniquement aux élèves admissibles à ce service*):

Je prévois que mon enfant utilisera le transport scolaire 5 jours par semaine: A.M. P.M.

***** Important : vous devez cocher chaque période où votre enfant sera présent.**

Périodes		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin	06:45 à 08:00					
Midi	11:10 à 12:50					
Soir	14:37 à 18:00					

- Tous les changements de renseignements durant l'année doivent être signalés au Service de garde le plus rapidement possible **PAR ÉCRIT**.

- 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.) OUI NON

- J'autorise les membres du personnel du service de garde à photographier mon enfant afin de présenter les créations à l'école, sur le site web de l'école ou simplement garder de bons souvenirs des moments partager ensemble OUI NON

- Je déclare que ces renseignements sont exacts et complets, à la présente date.

Signature de l'autorité parentale _____
Date

**Veillez noter que les relevés fiscaux sont émis aux payeurs des factures.
(Numéro d'assurance sociale obligatoire afin d'émettre les relevés fiscaux)**