

- DATE D'ADMISSION AU SERVICE DE GARDE POUR 2024-2025: _____
→ HEURE D'ARRIVÉE PRÉVUE AU SERVICE DE GARDE: _____
→ HEURE DE DÉPART PRÉVUE AU SERVICE DE GARDE: _____

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom : _____ Degré scolaire : _____
Prénom : _____ Nom de l'enseignant de l'année en cours : _____
Adresse : Même que parent Même que parent B
L'élève est en garde partagée : OUI NON

IDENTIFICATION DU PARENT A

PARENT PAYEUR RÉPONDANT DE L'ÉLÈVE
Nom : _____ Téléphone : _____
Prénom : _____ Cellulaire : _____
Adresse : _____ Code postal : _____
Adresse courriel : _____

IDENTIFICATION DU PARENT B

PARENT PAYEUR RÉPONDANT DE L'ÉLÈVE
Nom : _____ Téléphone : _____
Prénom : _____ Cellulaire : _____
Adresse : _____ Code postal : _____
Adresse courriel : _____

IDENTIFICATION DES PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET AUTORISÉES À VENIR RÉCUPÉRER VOTRE ENFANT

Nom : _____ Lien : _____
Prénom : _____ Téléphone : _____
Nom : _____ Lien : _____
Prénom : _____ Téléphone : _____

PÉRIODE DE FRÉQUENTATION

| PÉRIODE | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI |
|---|-------|-------|----------|-------|----------|
| Matin | | | | | |
| Midi | | | | | |
| Fin de journée | | | | | |
| Transition préscolaire (14h27 à 15h15) | | | | | |
| Mercredi pm adaptation scolaire (12h30 à 15h00) | | | | | |

DOSSIER MÉDICALE DE L'ÉLÈVE

Allergies : OUI NON

Lesquelles : _____

Médication à prendre régulièrement : OUI NON

Lesquelles : _____

Particularités physiques, alimentaires, ou autres :

Nom et prénom du médecin traitant : _____

Numéro de téléphone du médecin traitant : _____

Clinique habituellement fréquentée : _____

AUTORISATIONS

EN CAS D'URGENCE, J'AUTORISE LE PERSONNEL DU SERVICE DE GARDE À PRENDRE LES MESURES NÉCESSAIRES POUR SOIGNER (PREMIERS SOINS -TRANSPORT EN AMBULANCE)

J'AUTORISE LE PERSONNEL DU SERVICE DE GARDE À PRENDRE EN PHOTO ET/OU EN VIDÉO MON ENFANT POUR UTILISATION À L'INTERNE SEULEMENT

J'AUTORISE LE PERSONNEL DU SERVICE DE GARDE À FAIRE DES SORTIES DANS LE QUARTIER AVEC MON ENFANT

CONFIRMATION D'INSCRIPTION

J'AI LU LE GUIDE DE FONCTIONNEMENT, DE TARIFICATION ET DE PAIEMENT

<https://ecole-marguerite-bourgeois.cssc.gouv.qc.ca/>

SIGNATURE DU RÉPONDANT: _____ **DATE:** _____