



CONTRAT D'INSCRIPTION DU SERVICE DE GARDE

2026-2027

- DATE D'ADMISSION AU SERVICE DE GARDE POUR 2026-2027: _____
- 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 MÉDICAL 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-marquerite-bourgeois.cssc.gouv.qc.ca/>

☐

SIGNATURE DU RÉPONDANT : _____

DATE : _____