



Fiche d'inscription

Service de garde et de surveillance des dîneurs

Saint-Rémi

2015-2016

Identification de l'enfant

Nom :	Date de naissance :
Prénom :	Sexe :
	Code permanent :
	No dossier :
	Fiche :

Veillez identifier le service désiré pour l'année 2015-2016 :

- Service de surveillance des dîneurs
 Service de garde (ce service inclut la période du dîner)
 Aucun service pour 2015-2016

Veillez :

- Compléter la fiche;
 Apporter les corrections;
 Signer la fiche;
 Retourner la fiche au service de garde ou de surveillance des dîneurs;

Identification des parents

Père	Mère	Tuteur légal
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Numéro d'assurance sociale <i>Cette donnée est obligatoire afin d'émettre les reçus fiscaux aux payeurs des frais</i>	Numéro d'assurance sociale <i>Cette donnée est obligatoire afin d'émettre les reçus fiscaux aux payeurs des frais</i>	Numéro d'assurance sociale <i>Cette donnée est obligatoire afin d'émettre les reçus fiscaux aux payeurs des frais</i>
Adresse du père :	Adresse de la mère :	Adresse du tuteur :
Est-ce que l'enfant réside à cette adresse? : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Est-ce que l'enfant réside à cette adresse? : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Est-ce que l'enfant réside à cette adresse? : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Courriel :	Courriel :	Courriel :
Téléphone (maison) :	Téléphone (maison) :	Téléphone (maison) :
Téléphone (travail) :	Téléphone (travail) :	Téléphone (travail) :
Cellulaire :	Cellulaire :	Cellulaire :
Téléavertisseur :	Téléavertisseur :	Téléavertisseur :

Autres contacts : autorisés à venir chercher l'enfant et à joindre en cas d'urgence

Nom et prénom :	Adresse :	Téléphone(s) :	Lien avec l'enfant :

Membre de la famille inscrit au service de garde ou au service de la surveillance des dîneurs

Veillez compléter le verso ==>



Fiche d'inscription

Service de garde et de surveillance des dîneurs

Saint-Rémi

2015-2016

Dossier médical

Numéro d'assurance maladie	Date d'expiration	Pour les cas où la santé de l'enfant nécessite un suivi médical, veuillez compléter l'information suivante:			
		Nom / Adresse du médecin	Téléphone du médecin	Nom / Adresse de l'hôpital	Téléphone de l'hôpital
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Choc					
Description	anaphylactique	Épipen	Liste des médicaments	Remarque	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Notes ou modifications au dossier médical

Réservation de base (Fréquentation au service de garde ou de surveillance des dîneurs)

Date de début de la fréquentation	Heure d' ARRIVÉE PRÉVUE au service de garde	Heure de DÉPART PRÉVUE du service de garde	À titre indicatif, est-ce que l'enfant sera présent aux journées pédagogiques? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <i>Un mode d'inscription indépendant suivra.</i>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Est-ce que l'enfant est en garde partagée?	OUI <input type="checkbox"/>	Est-ce que la fréquentation de l'enfant est différente selon la garde partagée ? <i>Si oui, un calendrier de la garde doit être remis</i>	
	NON <input type="checkbox"/>	Désirez-vous recevoir un état de compte distinct (père et mère), dont la facturation sera calculée, selon les besoins de garde de chacun ?	
			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Veuillez cocher les périodes correspondantes à vos besoins de garde ou de surveillance :
 ** L'élève inscrit au service de garde matin et soir, 5 jours par semaine, n'a pas droit au transport scolaire.

Périodes		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Avant les classes	07:00 à 08:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Midi	11:21 à 12:45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après les classes	15:00 à 18:30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autorisez-vous l'enfant à quitter seul le service de garde?	OUI <input type="checkbox"/> À quelle heure ? <input type="text"/>	Si oui, veuillez vous assurer d'une entente préalable avec le technicien ou la technicienne.	NON <input type="checkbox"/>
--	---	--	-------------------------------------

Transport

Votre enfant a-t-il droit au service du transport scolaire ? Oui Non

Si oui, veuillez cocher les périodes correspondantes à vos besoins pour le service du transport scolaire :

Périodes	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
AM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Je m'engage à prendre connaissance des règles de fonctionnement du service de garde et de surveillance des dîneurs et à les respecter;

- Je m'engage à payer les frais associés au service choisi;

- Je déclare que ces renseignements sont exacts et complets, à la présente date. Je m'engage à aviser le technicien ou la technicienne du service de garde ou la personne responsable de la surveillance des dîneurs de tout changement à la présente fiche, et ce dans les meilleurs délais;

- Je consens à ce que mon enfant participe à des activités extérieures à proximité de l'école (parc) et ce, en présence du personnel du service de garde ou de surveillance des dîneurs;

- J'autorise le personnel du service de garde et de surveillance des dîneurs 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.). Les frais de transport par ambulance, le cas échéant, seront entièrement à la charge des parents;

 Signature d'un des répondants Père Mère Autre _____
 Date

***** Veuillez noter que les reçus fiscaux sont émis aux payeurs des frais *****

À l'usage du service de garde et de surveillance des dîneurs

Nom et prénom de l'enseignant (e) : _____ Groupe-repère _____ Groupe d'appartenance (SDG ou SSD) _____ Classe _____

Confirmation du statut : Dîneur
 Sporadique
 Régulier

Inscription reçue par : _____ Date : _____