****

**FICHE D’INSCRIPTION – ANNÉE SCOLAIRE 2021-2022**

**Service de garde École Brassard/St-Patrice**

**STATUT DE L’ÉLÈVE** : Régulier :  Sporadique :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMATION SUR L’ENFANT** | | |
| Nom : | Prénom : | |
| Date de naissance : | Genre : Masculin  Féminin | Âge : |
| L’enfant demeure avec : Père et mère  Père  Mère  Garde partagée  Autres (précisez) : | | |
| En septembre 2020, votre enfant sera en : Maternelle  1ère  2e  3e  4e  5e  6e | | |
| **TABLEAU DE FRÉQUENTATION** | | |
| Date prévue début de fréquentation :  **C’est à partir de cette réservation que sera établie la facturation.** | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **Lundi** | **Mardi** | **Mercredi** | **Jeudi** | **Vendredi** | | **Matin : 6h45 à 7h50** |  |  |  |  |  | | **Midi : 11h24 à 12h39**  (présco : 11h10 à 12h42 |  |  |  |  |  | | **Soir : 15h05 à 17h50** |  |  |  |  |  | | | |
| Si fréquentation le matin, heure approximative d’arrivée prévue :  Si fréquentation le soir, heure approximative de départ prévue :  Il se peut que mon enfant prenne l’autobus. Voici le numéro de son autobus :  Transfert : | | |
| **FICHE MÉDICALE** | | |
| Maladies ou conditions particulières : | | |
| Conditions restrictives pour les activités physiques : | | |
| Allergies (type) : | | |
| Prend-il des médicaments régulièrement? Non  Oui  Si oui, précisez : | | |
|  | | |

**IMPORTANT : REMPLIR VERSO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMATION SUR LES PARENTS** | | | | | | | |
| **MÈRE ou tuteur** | | | | | | | |
| Nom : | | | Prénom : | | | | |
| Adresse : | | Ville : | | | | Code postal : | |
| Tél. (rés.) : | Tél. (travail) : | | | | Cell. : | | |
| Numéro d’assurance sociale :  (indispensable pour fins d’impôts) | | | | | | | |
| Courriel :  (pour recevoir les états de compte et toutes les informations concernant le du service de garde) | | | | | | | |
| **PÈRE ou tuteur** | | | | | | | |
| Nom : | | | Prénom : | | | | |
| Adresse : | | Ville : | | | | Code postal : | |
| Tél. (rés.) : | Tél. (travail) : | | | | Cell. : | | |
| Numéro d’assurance sociale :  (indispensable pour fins d’impôts) | | | | | | | |
| Courriel :  (pour recevoir les états de compte et toutes les informations concernant le du service de garde) | | | | | | | |
| **AUTORISATION** | | | | | | | |
| J’autorise le service de garde à superviser l’administration d’un médicament que j’aurai fourni avec la posologie. | | | | | | | Oui  Non |
| J’autorise le personnel du service de garde à prendre les mesures nécessaires pour faire soigner mon enfant (transport à l’urgence, à un centre hospitalier ou un appel à un médecin, etc.) en cas d’urgence. | | | | | | | Oui  Non |
| J’autorise que mon enfant soit photographié ou filmé. J’autorise que les images de mon enfant soient diffusées (site de l’école, Facebook de l’école) | | | | | | | Oui  Non |
| **PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D’URGENCE ET**  **PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) À VENIR CHERCHER L’ENFANT (AUTRES QUE LES PARENTS)** | | | | | | | |
| Nom :  Lien de parenté : | | | | Tél. (rés) :  Tél. (autre) : | | | |
| Nom :  Lien de parenté : | | | | Tél. (rés) :  Tél. (autre) : | | | |
| Nom :  Lien de parenté : | | | | Tél. (rés) :  Tél. (autre) : | | | |

**En signant cette fiche, je reconnais que j’ai reçu, lu et compris les règles de fonctionnement (document joint) :**

Signature : **** Date : 