

# Fiche d'inscription - Service de garde en milieu scolaire

## Nouvelle inscription au CSSDM

SERVICE DE L'ORGANISATION SCOLAIRE  
SECTEUR SERVICES DE GARDE

**IMPORTANT :** Veuillez enregistrer le formulaire sur votre ordinateur avant de le remplir avec Adobe Reader ou à la main.  
Ne pas remplir le formulaire dans un navigateur Web. **SVP, remplir les deux pages.**

École :

Année scolaire :

### IDENTIFICATION

Nom de l'enfant		Prénom		Date de naissance Année Mois Jour		Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Langue parlée et comprise par l'enfant							
Adresse				Code postal		Téléphone	
Parent A Nom et prénom		Répondant <input type="checkbox"/>		Téléphone à domicile		Téléphone au travail	
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère						Cellulaire	
Adresse				Code postal		Courriel	
(*) N.A.S. :							
Parent B Nom et prénom		Répondant <input type="checkbox"/>		Téléphone à domicile		Téléphone au travail	
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère						Cellulaire	
Adresse				Code postal		Courriel	
(*) N.A.S. :							
Tuteur Nom et prénom		Répondant <input type="checkbox"/>		Téléphone à domicile		Téléphone au travail	
<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin						Cellulaire	
Adresse				Code postal		Courriel	
(*) N.A.S. :							

\* Le numéro d'assurance sociale est obligatoire pour permettre au CSSDM de produire le Relevé 24 (crédit pour garde d'enfants).  
Ce relevé est transmis aux payeurs de factures et à Revenu Québec qui utilise le NAS comme identifiant unique des personnes.

(\*) Je, soussigné(e), refuse de fournir **ou je n'ai pas** de numéro d'assurance sociale tel que demandé par le Centre de services scolaire de Montréal (information obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu).

Signature parent A

Date

Signature parent B

Date

### PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET AUTORISÉ À VENIR CHERCHER L'ENFANT (Autre que le répondant)

Nom et prénom		Téléphone à domicile		Téléphone au travail		Cellulaire	
Adresse				Code postal			
Lien avec l'enfant							

L'élève demeure chez :

1. Parents A et B
2. Parent A
3. Parent B
4. Garde partagée
5. Tuteur

Envoyez la correspondance à :

Nom

Prénom

Adresse (si différente de celle du père, de la mère ou du tuteur)

Code postal

Maternelle 4 ans <input type="checkbox"/>	Maternelle 5 ans <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
--	--	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

☐ J'autorise mon enfant à quitter seul le service de garde à : (indiquer l'heure)

Je désire que mon enfant demeure à l'école jusqu'à l'arrivée de l'une de ces personnes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CHOIX D'HORAIRE**  
(Mettre un X pour chacune des périodes de fréquentation)

Type d'horaire		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Bloc du matin	De _____ à _____					
Bloc du midi	De _____ à _____					
Bloc PM*	De _____ à _____					
Bloc du soir	De _____ à _____					

\* Le « Bloc PM » et le « Bloc du soir » font partie de la même période pour les fins de facturation aux parents.  
 \*\* Voir la réglementation du SDG pour la tarification.

Heure d'arrivée prévue au bloc du matin : \_\_\_\_\_ Heure de départ prévue du bloc du soir : \_\_\_\_\_

Date du début de la fréquentation au service de garde	Année	Mois	Jour

**AUTORISATION EN CAS D'URGENCE**

EN CAS D'URGENCE, JE SOUSSIGNÉ(E) AUTORISE LE PERSONNEL DU SERVICE DE GARDE À ADMINISTRER EN SITUATION D'URGENCE, LES PREMIERS SOINS NÉCESSAIRES ET À PRENDRE LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA SANTÉ DE MON ENFANT.

Conduire mon enfant à : Nom de l'hôpital _____	Téléphone _____
Médecin traitant: Nom du médecin _____	Téléphone _____

L'enfant souffre-t-il d'une maladie, d'un handicap, d'une allergie alimentaire ou à un médicament?  
 Oui ☐ Non ☐ (Si oui, préciser laquelle ou lesquelles)

Remarques: \_\_\_\_\_

**AUTORISATION ET SIGNATURE**

Je soussigné(e), affirme avoir pris connaissance des règlements du service de garde et je m'engage à les respecter et à défrayer les frais de garde. J'autorise la participation de mon enfant aux sorties organisées par le service de garde.

Signature du parent ou du tuteur	Année	Mois	Jour