



# FICHE D'INSCRIPTION

## Service de garde



Prénom et nom de l'enfant \_\_\_\_\_

Date début de la fréquentation \_\_\_\_\_

Degré scolaire \_\_\_\_\_

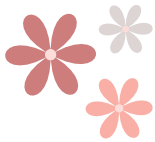
Date de naissance \_\_\_\_\_

Membre famille ( frère / sœur ) inscrit au service de garde \_\_\_\_\_

Autorité parentale: Parent 1  Parent 2  Tuteur

Payeur principal: Parent 1  Parent 2  Tuteur

Garde partagée: Oui  En pourcentage: Parent 1 \_\_\_\_\_ % ou en calendrier  (à fournir)  
Non  Parent 2 \_\_\_\_\_ %



### Détails des contacts au dossier de l'enfant



Nom et prénom (parent 1) \_\_\_\_\_

Adresse complète \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (maison) \_\_\_\_\_



(cellulaire) \_\_\_\_\_

(travail) \_\_\_\_\_

Adresse courriel \_\_\_\_\_

Nom et prénom (parent 2) \_\_\_\_\_

Adresse complète \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (maison) \_\_\_\_\_



(cellulaire) \_\_\_\_\_

(travail) \_\_\_\_\_

Adresse courriel \_\_\_\_\_

Nom et prénom (tuteur) \_\_\_\_\_

Adresse complète \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (maison) \_\_\_\_\_



(cellulaire) \_\_\_\_\_

(travail) \_\_\_\_\_

Adresse courriel \_\_\_\_\_



# Tableau de fréquentation : Veuillez cocher dans la case appropriée

Réservé à l'administration

Régulier

Sporadique



Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Matin

Midi

Soir

Si votre enfant est en maternelle, aurez-vous besoin du service de garde lors de l'après-midi de congé ?

Oui  Non  Occasionnel

Informations supplémentaires sur votre enfant (obligatoire):

\*Allergies ? oui  non  Précisez \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il un Épipen ? oui  non

Si oui, l'endroit où il le garde? \_\_\_\_\_

\*Prend-il des médicaments de façon régulière ?

oui  non  Précisez \_\_\_\_\_



En cas d'indisponibilité ou d'urgence, j'autorise le service de garde à communiquer ou à laisser l'enfant partir avec les personnes suivantes :

Nom, Prénom \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Nom, Prénom \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_



\*J'ai pris connaissance des règlements du service de garde et je m'engage à les respecter

\*Je déclare que ces renseignements sont exacts et complets, à présente date.

\*J'autorise les responsables du service de garde à prendre les mesures nécessaires pour faire soigner mon enfant en cas d'urgence (transport urgence, maladie soudaine, accident, etc.).

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Veuillez noter que les relevés fiscaux sont émis aux payeurs des factures dans

Mozaik Portail