

CONTRAT D'INSCRIPTION AU SERVICE DE GARDE

ANNÉE SCOLAIRE 2016-2017

ÉCOLE DES ÉCRIVAINS

SVP, REMPLIR TOUTES LES PARTIES DES DEUX CÔTÉS DU FORMULAIRE

Date du début de la fréquentation de votre enfant au service de garde : _____/_____/_____

_____ / _____ / _____
Nom de l'enfant Prénom Date de naissance

L'adresse est la même que celle :

du père et de la mère de la mère du père du tuteur ou tutrice

Degré de l'enfant en 2016-2017 : _____ Nom du titulaire de classe : _____

Identification : mère tutrice Répondante de l'enfant : oui non

_____	_____	_____
nom de la mère ou tutrice	prénom de la mère ou tutrice	numéro d'assurance sociale
_____	_____	_____
adresse		code postal
_____	_____	_____
téléphone (domicile)	téléphone (travail)	autre
<input type="checkbox"/> Je désire recevoir ma facture par courriel à l'adresse suivante : _____		
<input type="checkbox"/> Je désire recevoir ma facture papier par le biais de mon enfant chaque mois.		

Identification : père tuteur Répondant de l'enfant : oui non

_____	_____	_____
nom du père ou tuteur	prénom du père ou tuteur	numéro d'assurance sociale
_____	_____	_____
adresse		code postal
_____	_____	_____
téléphone (domicile)	téléphone (travail)	autre
<input type="checkbox"/> Je désire recevoir ma facture par courriel à l'adresse suivante : _____		
<input type="checkbox"/> Je désire recevoir ma facture papier par le biais de mon enfant chaque mois.		

En cas de séparation des parents : garde partagée oui non
(Si oui, remplir un contrat pour chaque parent)

ATTENTION, LES REÇUS POUR USAGE FISCAUX SONT ÉMIS AU NOM DU PARENT PAYEUR

GRILLE DE FRÉQUENTATION

Régulier Sporadique Occasionnel Veuillez cocher les périodes dont vous aurez besoin ↙

Périodes	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin (7 h à 8 h 08)					
Midi (10 h 40 à 13 h, préscolaire) (11 h 30 à 13 h, primaire)					
Fin de journée (15 h 15 à 18 h)					
Repas du service de garde					

Heure d'**arrivée prévue** au service de garde : _____ Heure de **départ prévue** du service de garde : _____

- Je m'engage à prendre connaissance des règlements du service de garde et à les respecter.
- Je déclare que ces renseignements sont exacts et complets, à la présente date.
- J'autorise le personnel du service de garde à prendre les mesures nécessaires pour faire soigner mon enfant en cas d'urgence, de blessure, de maladie soudaine, etc. (transport par ambulance à l'hôpital, appel au médecin, etc).
- Nous recommandons fortement à tous les parents de disposer d'une assurance accident pour leur enfant.

Signature du parent ou tuteur

_____/_____/_____
Date

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANNÉE SCOLAIRE 2016-2017
INFORMATIONS SUR LA SANTÉ DE VOTRE ENFANT**

Numéro d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____/_____/_____

Particularité physique ou alimentaire oui non (Si oui, veuillez préciser SVP :)

En cas d'allergie alimentaire, l'enfant a-t-il un ÉPIPEN oui non

Nom du médecin traitant : _____

Nom de l'hôpital ou de la clinique : _____ Tél. : _____

Est-ce que votre enfant doit prendre une médication sur une base régulière oui non

Si oui, quel est le nom du médicament : _____

Je désire que mon enfant s'applique de la crème solaire en cas de nécessité : oui non
(Vous devez apporter la crème solaire identifiée au nom de votre enfant)

Le service de garde fournira la trousse brosses à dents à mon enfant et un montant de 7\$ sera ajouté à ma facture pour l'année. : oui non

PERSONNE À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE AUTRE QUE LES PARENTS, SVP, PRÉVENIR LA PERSONNE

NOM DE LA PERSONNE	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE RÉSIDENCE	AUTRE TÉLÉPHONE
1			
2			
3			

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT AUTRE QUE LES PARENTS

Veillez informer le service de garde dès qu'une autre personne non mentionnée doit venir chercher votre enfant.

NOM DE LA PERSONNE	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE RÉSIDENCE	AUTRE TÉLÉPHONE
1			
2			
3			

PROCÉDURES À SUIVRE EN CAS DE FERMETURE D'ÉCOLE DURANT LA JOURNÉE

Veillez compléter en ne cochant qu'un seul endroit :

- Je désire que mon enfant demeure au service de garde conformément à la fréquentation choisie.
- Je désire que mon enfant demeure au service de garde chaque fois que l'école ferme même s'il n'utilise pas le service de garde cette journée là.
- Je désire que mon enfant retourne à la maison chaque fois que l'école ferme.

AUTORISATION À L'ÉGARD DES SORTIES

J'autorise le service de garde à sortir avec mon enfant dans les rues avoisinantes de l'école pour une promenade ou une activité supervisée.

Oui Non

AUTORISATION À L'ÉGARD DES RENSEIGNEMENTS

J'autorise le service de garde à rendre disponibles ces renseignements pour le personnel de l'école.

Signature du parent : _____ Date : _____

Dans le cas de changements aux renseignements contenus dans ce formulaire, veuillez nous les transmettre par courriel à l'adresse suivante sgarde.evrivains@cscapitale.qc.ca ou par écrit.