

CONTRAT D'INSCRIPTION PRÉSCOLAIRE

SERVICE DE GARDE DE L'ÉCOLE DE LA CHANTERELLE

ANNÉE SCOLAIRE 2021-2022

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe :

Date de naissance : ____/____/____

Nom de l'enseignant et degré scolaire: _____

L'adresse de l'enfant est la même que celle :

DU PARENT A ET B PARENT A PARENT B DU TUTEUR OU TUTRICE

2. IDENTIFICATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE (LES REÇUS SONT ÉMIS AU NOM DU PARENT PAYEUR)

PARENT A: MÈRE PÈRE TUTEUR RÉPONDANT DE L'ENFANT : OUI NON

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro d'assurance sociale : _____ Je refuse de divulguer mon N.A.S.

Adresse : _____ Code Postal : _____

Téléphone (domicile) : _____ Téléphone (travail) _____

Autre : _____

À compléter si vous souhaitez à recevoir les états de compte du service de garde par courriel.

Adresse courriel : _____

3. IDENTIFICATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE (LES REÇUS SONT ÉMIS AU NOM DU PARENT PAYEUR)

PARENT B: MÈRE PÈRE TUTEUR RÉPONDANT DE L'ENFANT : OUI NON

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro d'assurance sociale : _____ Je refuse de divulguer mon N.A.S.

Adresse : _____ Code Postal : _____

Téléphone (domicile) : _____ Téléphone (travail) _____

Autre : _____

À compléter si vous souhaitez à recevoir les états de compte du service de garde par courriel.

Adresse courriel : _____

4. GARDE PARTAGÉE oui non

(Si oui, remplir un contrat pour chaque parent et joindre un calendrier de fréquentation)

5. EN CAS D'URGENCE (AUTRE QUE LES PARENTS À CONTACTER EN CAS D'URGENCE)

Nom et prénom : _____ Lien de parenté : _____

Téléphone (domicile) : _____ (autres) : _____

6. GRILLE DE FRÉQUENTATION (cochez) RÉGULIER SPORADIQUE

SVP Veuillez indiquer la date du début de la fréquentation de votre enfant au service de garde : ____/____/____

PÉRIODES	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Avant la classe (6h45 à 8h)					
Dépannage maternelle (10h32 à 11h30)					
Midi (10h32 à 12h50)					
Après-midi (15h15 à 17h45)					

HEURE D'ARRIVÉE PRÉVUE : _____ HEURE DE DÉPART PRÉVUE du service de garde : _____

(VERSO À COMPLÉTER)

7. FICHE MÉDICALE

Mon enfant n'a aucun problème de santé

- | | | | |
|--|-----------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> allergie à quoi: _____ | épipen | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> asthme | pompe à l'école | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité | médication | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> autre problème : _____ | médication | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

Informations supplémentaires : _____

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant : _____

Nom de l'établissement de santé habituellement fréquenté : _____

8. MÉDICATION

Est-ce que le personnel du service de garde devra donner la médication à l'enfant:

oui non

Si oui, vous devrez compléter un formulaire d'autorisation. De plus, la prescription devra être jointe à la bouteille des médicaments.

Nom du médicament : _____ Posologie : _____

9. RÈGLES DE RÉGIE INTERNE

Je possède le document des règles de régie interne : oui non

Si vous répondez non, nous vous remettons une copie des règles de régie interne.

*À compléter par la technicienne : Remis par : _____ Date : _____

- Je m'engage à prendre connaissance des règlements du service de garde et à les respecter. Dans le cas contraire, je comprends que le Service de garde pourrait refuser de recevoir mon enfant.
- Le document des règles de régie interne doit être conservé durant toutes les années de fréquentation de votre enfant au service de garde. S'il y a des modifications, vous recevrez un nouveau document.
- J'accepte de transiger directement avec la personne responsable du Service de garde pour toutes les questions administratives.
- Je déclare que ces renseignements sont exacts et complets, à la présente date.
- J'autorise les responsables des services 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 au parent de disposer d'une assurance-accident pour leur enfant.

Signature du parent : _____ Date : _____

