

# CONTRAT D'INSCRIPTION CLASSES DES PETITS PRINCES

## 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)					
Midi (11h30 à 12h50)					
Mercredi PM (12h50 à 15h15)					
Après-midi (15h15 à 17h45 max)					

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 remettrons 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 : \_\_\_\_\_

