Centre de services scolaire des Découvreurs Québec

FICHE D'INSCRIPTION - SERVICE DE GARDE - 2024-2025

Service de garde - École Saint-Michel (autisme)

Instructions pour remplir ce formulaire

A.- Afin d'inscrire votre enfant au service de garde, s.v.p. remplir toutes les sections de la fiche d'inscription.

B.- IMPORTANT: apposer votre signature ainsi que la date du jour au verso du présent formulaire et le retourner au service de garde.

Identification de l'élève

Nom, prénom : _____ Date de naissance : _____ - _____ - _____ (AAAA - MM - JJ)

Sexe : F ☐ M ☐

Degré : Préscolaire 4 ans ☐ 1re année ☐ 3e année ☐ 5e année ☐
Préscolaire 5 ans ☐ 2e année ☐ 4e année ☐ 6e année ☐

Autorisé(e) à quitter seul(e) : Oui ☐ Heure: _____ Non ☐

Garde partagée : Oui ☐ ***Remplir le calendrier ci-joint.***

Paiement des frais de garde effectué par : Parent 1 ☐ Parent 2 ☐ Tuteur ☐ Autre : _____

Parent 1

Nom et prénom du parent 1 : _____

Numéro d'assurance sociale* : ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐

** Je refuse de fournir mon numéro d'assurance sociale au Centre de services scolaire des Découvreurs (information obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu).*

Nom : _____ Signature : _____ Date : _____

Adresse du parent 1 : _____ Résidence de l'élève : Oui ☐ Non ☐

_____

Téléphone (résidence) : ___ ___ ___ (Indicatif régional) ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___ (Numéro de téléphone)

Téléphone (travail 1) : ___ ___ ___ (Indicatif régional) ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___ (Numéro de téléphone) # ___ ___ ___ ___ (Extension) Cellulaire: ___ ___ ___ (Indicatif régional) ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___ (Numéro de téléphone)

Téléphone (travail 2) : ___ ___ ___ (Indicatif régional) ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___ (Numéro de téléphone) # ___ ___ ___ ___ (Extension) Téléavertisseur : ___ ___ ___ (Indicatif régional) ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___ (Numéro de téléphone)

Parent 2

Nom et prénom du parent 2 _____

Numéro d'assurance sociale* : ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐

** Je refuse de fournir mon numéro d'assurance sociale au Centre de services scolaire des Découvreurs (information obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu).*

Nom : _____ Signature : _____ Date : _____

Adresse du parent 2: *même adresse que celle du parent 1* ☐

_____ Résidence de l'élève : Oui ☐ Non ☐

_____

Téléphone (résidence) : ___ ___ ___ (Indicatif régional) ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___ (Numéro de téléphone)

Téléphone (travail 1) : ___ ___ ___ (Indicatif régional) ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___ (Numéro de téléphone) # ___ ___ ___ ___ (Extension) Cellulaire : ___ ___ ___ (Indicatif régional) ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___ (Numéro de cellulaire)

Téléphone (travail 2) : ___ ___ ___ (Indicatif régional) ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___ (Numéro de téléphone) # ___ ___ ___ ___ (Extension) Téléavertisseur : ___ ___ ___ (Indicatif régional) ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___ (Numéro de téléavertisseur)

INITIALES DU PARENT : _____

Centre de services scolaire des Découvreurs Québec

FICHE D'INSCRIPTION - SERVICE DE GARDE - 2024-2025

Service de garde - École Saint-Michel (autisme)

Autre que les parents - Coordonnées du tuteur ou d'un répondant

Nom et prénom : _____

Numéro d'assurance sociale* : ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐

** Je refuse de fournir mon numéro d'assurance sociale au Centre de services scolaire des Découvreurs (information obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu).*

Nom : _____ Signature : _____ Date : _____

Adresse du contact : _____ Résidence de l'élève : Oui ☐ Non ☐

_____

Téléphone (résidence) : ___ ___ ___ (Indicatif régional) ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___ (Numéro de téléphone)

Téléphone (travail 1) : ___ ___ ___ (Indicatif régional) ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___ (Numéro de téléphone) # ___ ___ ___ ___ (Extension) Cellulaire : ___ ___ ___ (Indicatif régional) ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___ (Numéro de téléphone)

Téléphone (travail 2) : ___ ___ ___ (Indicatif régional) ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___ (Numéro de téléphone) # ___ ___ ___ ___ (Extension) Téléavertisseur : ___ ___ ___ (Indicatif régional) ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___ (Numéro de téléphone)

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant autres que les parents

Inscrire le nom, le prénom et le numéro de téléphone d'une personne autorisée à venir chercher l'enfant ainsi que le lien avec l'enfant (EX: Grand-père, grand-mère, oncle, tante, conjoint, conjointe, frère, soeur etc...)

Nom, tél: _____ ***Lien avec l'enfant:*** _____

Nom, tél: _____ ***Lien avec l'enfant:*** _____

Nom, tél: _____ ***Lien avec l'enfant:*** _____

Réservation des plages horaires de fréquentation au service de garde

IMPORTANT: Cocher chaque plage horaire où votre enfant sera présent.

Date effective de la réservation: _____ année _____ mois _____ jour **OU** 1re journée de classe ☐

MON ENFANT FRÉQUENTERA :	*HORAIRE FIXE (seulement)*					*HORAIRE VARIABLE (seulement)*
	L	**M**	**M**	**J**	**V**	
1. Le matin avant le début des cours :	☐	☐	☐	☐	☐	_____ nombre minimum de jours
2. Dîner au secteur de l'autisme	☐	☐	☐	☐	☐	_____ nombre minimum de jours
3. Le mercredi de 13 h 03 à 15 h 03			☐			_____ nombre minimum de jours
4. En fin de journée après les cours :	☐	☐	☐	☐	☐	_____ nombre minimum de jours

☐ J'ai pris connaissance des informations suivantes:

- Je peux modifier les plages horaires réservées en remplissant et en retournant, dans les délais prévus, le formulaire «Demande de modification de fréquentation» disponible au service de garde.
- Je déclare que ces renseignements sont exacts et complets.
- Je m'engage à respecter les règles inscrites dans le document «Information concernant les règles de fonctionnement».

_____ **Signature de l'autorité parentale** _____ **Date**

ESPACE RÉSERVÉ À L'USAGE DE L'ADMINISTRATION

STATUT RÉGULIER ☐ STATUT SPORADIQUE ☐

_____ Signature de la personne autorisée _____ Date

***** SVP NOTER QUE LES RELEVÉS FISCAUX SONT ÉMIS AUX PAYEURS *****