

CONTRAT D'INSCRIPTION AU SERVICE DE GARDE

ANNÉE SCOLAIRE 2024-2025

Nom de l'école : **ÉCOLE SAINT-CLAUDE**

S.V.P. REMPLIR TOUTES LES PARTIES DU FORMULAIRE

Veuillez indiquer la date du début de la fréquentation de votre enfant au service de garde : _____

_____ / _____ / _____
NOM DE L'ENFANT PRÉNOM SEXE DATE DE NAISSANCE

L'ADRESSE EST LA MÊME QUE CELLE : DU PÈRE ET DE LA MÈRE DE LA MÈRE DU PÈRE DU Tuteur

NIVEAU SCOLAIRE (COCHER LA CASE CORRESPONDANTE À L'ANNÉE DE LA PRÉSENTE INSCRIPTION)							
Maternelle		1 ^{er} CYCLE		2 ^e CYCLE		3 ^e CYCLE	
4ans	5ans	1 ^{re} année	2 ^e année	1 ^{re} année	2 ^e année	1 ^{re} année	2 ^e année
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IDENTIFICATION : MÈRE <input type="checkbox"/> TUTRICE <input type="checkbox"/> RÉPONDANTE DE L'ENFANT : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
NOM DE LA MÈRE	PRÉNOM DE LA MÈRE	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE
ADRESSE DE LA MÈRE		CODE POSTAL
TÉLÉPHONE (DOMICILE)	TÉLÉPHONE (TRAVAIL)	CELLULAIRE

IDENTIFICATION : PÈRE <input type="checkbox"/> TUTEUR <input type="checkbox"/> RÉPONDANT DE L'ENFANT : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
NOM DU PÈRE	PRÉNOM DU PÈRE	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE
ADRESSE DU PÈRE		CODE POSTAL
TÉLÉPHONE (DOMICILE)	TÉLÉPHONE (TRAVAIL)	CELLULAIRE

GARDE PARTAGÉE : OUI NON (si oui, remplir un contrat pour chaque parent)
FACTURATION : Selon le calendrier de fréquentation Au pourcentage Mère : ____% Père : ____%

PERSONNE, AUTRE QUE LES PARENTS, À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (S'IL VOUS PLAÎT, PRÉVENIR LE PERSONNEL)		
NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE _____		
TÉLÉPHONE (MAISON) : _____	(TRAVAIL) : _____	(AUTRE) : _____

GRILLE DE FRÉQUENTATION

Régulier Sporadique (COCHER LES PÉRIODES)

PÉRIODES	Lundi	Mardi	Mercredi	Judi	Vendredi
Matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dîner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FICHE DE SANTÉ

VOTRE ENFANT A-T-IL DES PROBLÈMES DE SANTÉ OU D'ALLERGIE? OUI NON

DÉTAILS : _____

- 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 les responsables 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 au parent de disposer d'une assurance-accident pour leur enfant.

SIGNATURE DU PARENT DATE