

**Identification de l'élève (selon l'acte de naissance)**

Élève : _____ Date de naissance : _____ Garde partagée (un calendrier devra nous être transmis) :

Sexe : _____ Fiche : _____ Rang familial : _____ Code permanent : _____ Oui Non

Votre enfant fréquente-t-il un autre service de garde de la Commission scolaire des Patriotes? Si oui, veuillez indiquer le nom de l'école.

Non Oui _____

Votre enfant est-il scolarisé dans une autre commission scolaire? Si oui, veuillez indiquer le nom de la commission scolaire et le nom de l'école.

Non Oui _____**Dossier annuel - 2018\2019**

École Au-Fil-de-l'Eau #170

Nom et prénom de l'enseignant (e) : _____ Groupe-repère de l'élève : _____ Classe: _____

Numéro et nom de l'école : _____ Payeur principal : _____

Autorisé à quitter seul : Oui Heure : _____ Non Autorisé aux sorties extérieures : Oui Non Véhiculé par autobus: matin soir Présent aux journées pédagogiques : Oui Non **Coordonnées de la mère**Nom et prénom de la mère : _____ Répondant : Oui Non

Adresse de la mère : _____ Code postal: _____

Résidence de l'élève : Oui

Téléphone (maison) : _____ Téléphone (travail) : _____ Cellulaire ou Téléavertisseur : _____

Lieu de travail: _____ Adresse courriel: _____

Coordonnées du pèreNom et prénom du père : _____ Répondant : Oui Non

Adresse du père : _____ Code postal : _____

Résidence de l'élève : Oui

Téléphone (maison) : _____ Téléphone (travail) : _____ Cellulaire ou téléavertisseur : _____

Lieu de travail: _____ Adresse courriel: _____

Tuteur (le cas échéant)Nom et prénom du contact : _____ Répondant : Oui Non

Adresse du contact : _____ Code postal : _____

Résidence de l'élève : Oui

Téléphone (maison) : _____ Téléphone (travail) : _____ Cellulaire ou Téléavertisseur : _____

Lieu de travail: _____ Adresse courriel: _____

Personnes autorisées à venir chercher l'élève (autres que les parents : spécifier le lien avec l'enfant)

Nom, prénom	Lien avec l'enfant	Tél. maison	Cellulaire
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

****Important**** SVP, veuillez remplir toutes les cases ainsi que les deux côtés de la fiche d'inscription. Merci!



Personnes à contacter en cas d'urgence (autres que les parents : spécifier le lien avec l'enfant)

Nom _____ Lien avec l'enfant _____ Tél. maison _____ Cell _____

Membre de la famille inscrit au service de garde

Rang: _____

Rang: _____

Est-ce qu'un de vos enfants fréquente une autre école primaire de la CSP? Si oui, nous indiquer à quelle école et le nom de l'enfant: _____

Dossier médical

Numéro d'assurance maladie : _____ expire le: _____

Nom de l'hôpital : _____

Téléphone de l'hôpital (si nécessaire): _____

Médecin (si nécessaire): _____

Notes dossier médical (Description - Choc - Épipen - Liste des médicaments - Remarques - Autres maladies)

Spécifiez: _____

Allergies Oui Non Spécifiez: _____

Réservation de base (Fréquentation au service de garde ou à la surveillance aux dîneurs)

Date de début de la fréquentation (réservation de base) : _____

TRANSPORT (s'applique uniquement aux élèves admissibles à ce service*)

Un enfant inscrit 5 jours semaine au service de garde matin et soir, ne pourra bénéficier du transport scolaire.

Je prévois que mon enfant utilisera le transport scolaire 5 jours par semaine: en A.M. et/ou en P.M.

Statut de fréquentation (parmis ces choix) : DÎNE À LA MAISON AUCUN SERVICE

OU SERVICE DE SURVEILLANCE AUX DÎNEURS DE L'ÉCOLE: Dîneur régulier (2 à 5 jours toute l'année) Occasionnel (1 jour ou moins)

SERVICE DE GARDE: Régulier (3 à 5 jours/sem et minimum 2 périodes/jour) Sporadique (autre que régulier)

Heure approximative d' ARRIVÉE PRÉVUE au service de garde : _____ Heure approximative de DÉPART PRÉVUE du service de garde : _____

Ne pas oublier de cocher vos besoins de fréquentation dans les cases ci-dessous

Périodes	Lundi	Mardi	Mercredi	Judi	Vendredi
SDG Matin à					
SDG Midi à					
SDG Soir à					
Dîneurs à					

Horaire Variable

Notes supplémentaires

- J'ai pris connaissance des règlements du service de garde et m'engage 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 (transport à l'urgence, appel au médecin, etc.) en cas d'urgence (maladie soudaine, accident, etc.)
 - J'autorise les responsables du sdg ou de surveillance à photographier mon enfant afin de présenter les activités à l'école, sur le site web, pour offrir aux copains afin de garder de bons souvenirs des moments partagés ensemble à l'école. Oui Non
 - *Conformément aux critères d'admissibilité de la Politique relative au transport des élèves pour la rentrée et la sortie des classes et relative aux services aux dîneurs.

Signature de l'autorité parentale _____

Date _____

Veillez noter que les relevés fiscaux sont émis aux payeurs des factures. (Vous devrez nous fournir votre numéro d'assurance sociale par courriel ou feuille à remplir. Si vous refusez de nous le transmettre, veuillez nous en aviser. Par contre, nous ne pourrions vous remettre les relevés)