

Les Prés-Verts : 1680, boulevard la Morille, Québec (Québec) G2K 2L2  
Téléphone : 418 686-4040 poste 3254 Télécopieur : 418 622-7925  
Saint-Bernard : 1440, boulevard Bastien, Québec (Québec) G2K 1G6  
Téléphone : 418 686-4040 poste 3364 Télécopieur : 418 622-7950

## DEMANDE D'INSCRIPTION SERVICE DE GARDE

Service de garde en milieu scolaire

École : \_\_\_\_\_

Titulaire : \_\_\_\_\_

En 2023-2024 mon enfant sera au pavillon :

Les Prés-Verts/ Saint-Bernard :

Préscolaire 4 ans  Préscolaire 5 ans  1<sup>re</sup>  2<sup>e</sup>  3<sup>e</sup>  4<sup>e</sup>  5<sup>e</sup>  6<sup>e</sup>  DAPP

### IDENTIFICATION (en lettres moulées)

#### ENFANT

Nom :	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Langue : F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>
Prénom :	Naissance : jour/mois/année / /
Adresse :	Téléphone :

PARENT A courriel :		Fréquentation (Parent A)	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Nom :		Matin 7 h à 8 h 10					
Prénom :		Transition maternelle 10 h 37 à 11 h 30					
Adresse :							
☎ Cellulaire :	Code postal :	Midi 11 h 30 à 12 h 55					
☎ Résidence :	☎ Travail :	Fin de journée 15 h 15 à 18 h					

PARENT B courriel :		Fréquentation (Parent B)	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Nom :		Matin 7 h à 8 h 10					
Prénom :		Transition maternelle 10 h 37 à 11 h 30					
Adresse :							
☎ Cellulaire :	Code postal :	Midi 11 h 30 à 12 h 55					
☎ Résidence :	☎ Travail :	Fin de journée 15 h 15 à 18 h					

### Section pour les parents ayant une garde partagée.

**Vous devez compléter deux fiches d'inscription lorsqu'il y a une garde partagée, une pour le parent A et une pour le parent B**

Il est important de compléter le calendrier de garde partagée et de le joindre avec la fiche d'inscription.

#### Division du paiement :

Pourcentage : Père  % \_\_\_\_\_ Mère  % \_\_\_\_\_

ou selon le calendrier

Signature de l'autorité parentale : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**FRÉQUENTATION**Statut : cochez  selon vos besoins régulier  sporadique ou sur appel 

Date de début de la réservation: (année- mois- jour) / /

Heure d'ARRIVÉE PRÉVUE au service de garde \_\_\_\_\_ Heure de DÉPART PRÉVUE du service de garde \_\_\_\_\_

**MESURES DE SÉCURITÉ****Personnes à joindre en cas d'urgence AUTRE QUE LES PARENTS (autorisées à venir chercher)**

Nom et prénom :		☎ Résidence :	☎ Travail :
Adresse :	Lien :	Autorisée à venir chercher : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Nom et prénom :		☎ Résidence :	☎ Travail :
Adresse :	Lien :	Autorisée à venir chercher : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Nom et prénom :		☎ Résidence :	☎ Travail :
Adresse :	Lien :	Autorisée à venir chercher : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

**Dossier médical**

Nom de l'hôpital :		
Nom du médecin :	Adresse :	Téléphone :
<input type="radio"/> Allergie avec auto-injecteur à quoi? _____ <input type="radio"/> Allergie sans auto-injecteur à quoi? _____ <input type="radio"/> Asthme, fréquence des crises : _____ pompe à l'école : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> Diabète, mesure à prendre s'il y a crise : _____ <input type="radio"/> Épilepsie, mesure à prendre à l'école s'il y a crise : _____ <input type="radio"/> Déficit de l'attention, avec ou sans hyperactivité-médication : _____ <input type="radio"/> Autre problème (décrivez brièvement) : _____ médication : _____ <input type="radio"/> Aucun problème de santé		

**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.)**

Signature de l'autorité parentale : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Procédure en cas de fermeture durant la journée (tempête, raison majeure)**Veuillez compléter en ne cochant  qu'un seul choix :

- Je désire que mon (mes) enfant(s) demeure(nt) au service de garde chaque fois que l'école ferme pour raison majeure même s'il(s) n'utilise(nt) pas le service de garde cette journée là.
- Je désire que mon enfant retourne à la maison chaque fois que l'école ferme.

**Dans le cas de changements aux renseignements contenus dans ce formulaire, vous devez toujours nous les transmettre par écrit.**

Signature de l'autorité parentale : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_