



Dossier de l'élève

En 2017-2018 mon enfant sera en: _____

SDG

Dîneur

Élève :

Date de naissance :

Sexe :

Code permanent :

Fiche :

Numéro de dossier :

Garde partagée :

Oui

Un calendrier de garde doit
nous être transmis

Non

**** Autorisé à quitter seul:**

OUI

Heure: _____

** jour: L M Me J V

NON

Autre membre de la famille inscrit:

au service de garde

OUI

NON

ou dans une autre école de la CSP

OUI

NON

Si oui laquelle: _____

Coordonnées du père

Nom et prénom du père :

Répondant :

Oui

Non

Adresse :

Coordonnées de la mère

Nom et prénom de la mère :

Répondant :

Oui

Non

Adresse :

Résidence de l'élève :

Oui

Non

Résidence de l'élève :

Oui

Non

Téléphone (maison) :

Téléphone (travail) :

Cellulaire :

Adresse courriel:

Téléphone (maison) :

Téléphone (travail) :

Cellulaire :

Adresse courriel:

Personnes autorisées à venir chercher l'élève

IMPORTANT: - Nom - Numéro Téléphone

Nom

Lien

Tél.maison

Tél.travail

Tél.travail

Cellulaire

Dossier médical

Numéro d'assurance maladie :

Date d'expiration du NAM :

Description

Choc

Épipen

Liste des médicaments

Remarque

DOSSIER MÉDICAL (suite)



Réservation de base (Fréquentation au service de garde)

Statut de
fréquentation
pour 2017-2018:

Service de garde

Régulier OU Sporadique

(au moins deux périodes par jour, incluant le midi
trois jours par semaine)

Date de début de fréquentation au SDG _____

(Année - Mois - Jour)

Dîneurs

Régulier OU Occasionnel

(Uniquement 5 midis par semaine)

(1 à 4 midis par semaine)

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

AM

PM

IMPORTANT : vous devez cocher chaque période où votre enfant sera présent.

Périodes	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin 07:00 à 08:15					
Midi 11:10 à 13:00					
Fin de journée 15:25 à 18:00					

- * Tous les changements de renseignements durant l'année doivent être signalés au Service de garde le plus rapidement possible.
- * 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 service de garde à photographier mon enfant afin de présenter les créations à l'école, sur le site web de l'école ou simplement garder de bons souvenirs des moments partager ensemble OUI NON
- * Je déclare que ces renseignements sont exacts et complets, à la présente date.

Signature de l'autorité parentale

Date

Je, soussigné, refuse de fournir mon numéro d'assurance sociale - information obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu

Signature père

Date

Signature mère

Date