

CONTRAT D'INSCRIPTION SERVICE DE GARDE

ANNÉE SCOLAIRE 2023-2024



Nom et prénom de l'enfant : _____

Sexe : M F

Date de naissance (JOUR-MOIS-ANNÉE) : _____

Date du début de la fréquentation de votre enfant au service de garde _____ / _____ / _____
JOUR MOIS ANNÉE

L'adresse est la même que celle :

DU PÈRE ET DE LA MÈRE DE LA MÈRE DU PÈRE DU TUTEUR OU TUTRICE

NIVEAU SCOLAIRE (COCHER LA CASE CORRESPONDANTE À L'ANNÉE DE LA PRÉSENTE INSCRIPTION)						
Préscolaire 5 ANS	1 ^{re} ANNÉE	2 ^e ANNÉE	3 ^e ANNÉE	4 ^e ANNÉE	5 ^e ANNÉE	6 ^e ANNÉE

IDENTIFICATION

Mère Tuteur Répondant de l'enfant : Oui Non

Nom de la mère : _____ Prénom de la mère : _____

Adresse de la mère : _____ Code postal : _____

Numéro d'assurance sociale : _____

Téléphone rés. : _____ Travail : _____ Cell. : _____

Père Tuteur Répondant de l'enfant : Oui Non

Nom du père : _____ Prénom du père : _____

Adresse du père : _____ Code postal : _____

Numéro d'assurance sociale : _____

Téléphone rés. : _____ Travail : _____ Cell. : _____

GARDE PARTAGÉE : NON OUI (si oui, remplir un contrat pour chaque parent)

Attention : les reçus sont émis au nom du parent payeur

Personne, autre que les parents, à contacter en cas d'urgence (s.v.p. prévenir la personne)
Nom et prénom de contact d'urgence : _____
Téléphone : _____ Travail : _____ Cellulaire : _____

GRILLE DE FRÉQUENTATION

RÉGULIER SPORADIQUE (cochez les périodes)

PÉRIODES	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN					
DÎNER					
APRÈS L'ÉCOLE					

• Heure prévue d'arrivée au service de garde : _____

• Heure prévue de départ du service de garde : _____

FICHE DE SANTÉ

VOTRE ENFANT A-T-IL DES PROBLÈMES DE SANTÉ OU D'ALLERGIE?	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>
Si oui as-t-il un EpiPen?	OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>
Médication	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
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 des services 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.
- Tous les renseignements concernant le fonctionnement administratif et les règles se retrouvent dans le document « GUIDE DE FONCTIONNEMENT DU SERVICE DE GARDE DU VAL-JOLI ».

SIGNATURE DU PARENT : _____

DATE : _____