

# L'étoile filante

Alberte-Melançon  
FICHE D'INSCRIPTION  
2019-2020

## **Instructions pour compléter ce formulaire**

- A.- Vérifier les renseignements contenus dans ce document. Apporter, s'il y a lieu, les modifications nécessaires dans la partie de droite.  
Pour une nouvelle inscription, veuillez compléter les renseignements dans la partie de droite du formulaire.
- B.- Indiquer l'école que fréquentera votre enfant en septembre prochain.
- C.- Veuillez apposer votre signature ainsi que la date du jour à la fin du présent formulaire.

## **Détails du dossier de l'élève**

### **Information actuellement au dossier de l'élève**

#### **Identification**

Élève :

Garde partagée :

Date de naissance :

Sexe :

Rang familial :

Fiche :

Code permanent :

### **Modifications à apporter au dossier**

Oui  Non

#### **Dossier annuel**

École que fréquentera votre enfant en septembre prochain

Payeur principal :

Autorisé à quitter seul : Oui  Heure : \_\_\_\_\_

Autorisé aux sorties extérieures : Oui

Présent aux journées pédagogiques : Oui

Oui  Non  Heure : \_\_\_\_\_

Oui  Non

Oui  Non

## **Détails des contacts au dossier de l'élève**

### **Coordonnées de la mère**

Nom et prénom de la mère :

Répondant : Oui

Adresse de la mère :

Résidence de l'élève : Oui

Numéro d'assurance social :

Téléphone (maison) :

Téléphone (travail) :

Télécopieur :

Téléavertisseur :

Cellulaire :

Courriel :

Oui  Non

Oui  Non

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# L'étoile filante

Alberte-Melançon  
FICHE D'INSCRIPTION  
2019-2020

## Coordonnées du père

Nom et prénom du père :

Répondant : Oui

Oui  Non

Adresse du père :

Résidence de l'élève : Oui

Oui  Non

Numéro d'assurance sociale :

Téléphone (maison) :

Téléphone (travail) :

Télécopieur :

Téléavertisseur :

Cellulaire :

Courriel :

## Tuteur

Nom et prénom du contact :

Répondant : Oui

Oui  Non  Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Adresse du contact :

Résidence de l'élève : Oui

Oui  Non

Numéro d'assurance sociale :

Téléphone (maison) :

Téléphone (travail) :

Télécopieur :

Téléavertisseur :

Cellulaire :

Courriel :

## Personnes autorisées à venir chercher l'élève

Nom, prénom et adresse	Contact	Tél.maison	Tél.trav1	Tél.trav2	Cellulaire
------------------------	---------	------------	-----------	-----------	------------

## Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom, prénom et adresse	Contact	Priorité	Tél.maison	Tél.trav1	Tél.trav2	Cellulaire
------------------------	---------	----------	------------	-----------	-----------	------------

## Membre de la famille inscrit au service de garde

# L'étoile filante

Alberte-Melançon  
FICHE D'INSCRIPTION  
2019-2020

## Dossier médical

Numéro d'assurance maladie :

Date d'expiration du NAM :

Nom de l'hôpital :

Téléphone de l'hôpital :

Médecin :

## Dossier médical

Description

Choc

Épipen

Liste des médicaments

Remarque

## Notes du dossier médical

## Réservation de base (Fréquentation au service de garde)

Date de début de la réservation de base : (Année - Mois - Jour)

Statut de fréquentation : ( Régulier ou Sporadique )

Heure d' ARRIVÉE PRÉVUE au service de garde :

Heure de DÉPART PRÉVUE du service de garde :

\*\*\* Important : vous devez cocher chaque période où votre enfant sera présent.

Périodes		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
MATIN	06:45 à 07:40					
DINER	11:40 à 13:05					
SOIR	14:50 à 18:00					

# L'étoile filante

Alberte-Melançon  
FICHE D'INSCRIPTION  
2019-2020

---

## 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.)

"Je, soussigné, refuse de fournir mon numéro d'assurance sociale - information obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu - tel que demandé par la Commission scolaire."

Signature

Date

Signature

Date

### Cette section est réservée au Service de garde

Prénom et nom de l'enseignant (e) :

Groupe-repère de l'élève :

Classe :

Numéro et nom de l'école :

---

Signature de l'autorité parentale

---

Date

**\*\*\* Veuillez noter que les relevés fiscaux sont émis aux payeurs des factures.**

---