



École Napoléon-Bourassa  
535, chemin des Vieux-Moulins  
Saint-Jean-sur-Richelieu, Qc  
J2Y 1A2

FICHE D'INSCRIPTION  
**SERVICE DE GARDE**  
**2020-2021**

**Identification**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Niveau scolaire en 2020-2021 : \_\_\_\_\_

L'enfant demeure avec :  mère et père  mère  père  garde partagée

**Dossier médical**

Numéro d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_ Date exp. : \_\_\_\_\_

Nom du médecin : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Allergies ou conditions particulières :

---

---

Médicaments en rapport avec les allergies ou autres :

---

---

**Réservation de base**

Statut de fréquentation : régulier  (3 jours/semaine et 2 périodes par jour)

sporadique

Journée pédagogique seulement :

Heure d'arrivée PRÉVUE : \_\_\_\_\_ Heure de départ PRÉVUE : \_\_\_\_\_

Périodes	Lundi	Mardi	Mercredi	Judi	Vendredi
<b>Matin</b> 6h30 à 7h40					
<b>Midi</b> 11h40 à 13h00					
<b>Soir</b> 15h00 à 18h00					

Cette section est réservée au Service de garde

Prénom et nom de l'enseignant(e) : \_\_\_\_\_ Groupe-repère de l'élève : \_\_\_\_\_

## Contacts

**Mère :**

Répondant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tél. maison : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_

Tél. autre : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

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

Signature : \_\_\_\_\_

**Père :**

Répondant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tél. maison : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_

Tél. autre : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

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

Signature : \_\_\_\_\_

## Personne à joindre en cas d'urgence (autre nom que celui des parents)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. maison : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_

Tél. autre : \_\_\_\_\_

## Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

---

---

---

---

-Je déclare que ces renseignements sont exacts et complets, à la présente date.

-J'autorise le personnel 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 du parent

\_\_\_\_\_  
Date

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