

Fiche d'inscription Service de dîner

SERVICE DE L'ORGANISATION SCOLAIRE
SECTEUR SERVICES DE GARDE

EFFACER

IMPORTANT : Veuillez enregistrer le formulaire sur votre ordinateur avant de le remplir avec Adobe Reader ou à la main.
Ne pas remplir le formulaire dans un navigateur Web. **SVP, remplir les deux pages.**

École : **LOUISBOURG**

Année scolaire : **2026-2027**

IDENTIFICATION

Nom de l'enfant		Prénom		Date de naissance Année Mois Jour		Sexe F ☐ M ☐ Autre ☐	
Langue parlée et comprise par l'enfant							
Adresse				Code postal		Téléphone	
Parent A Nom et prénom		Répondant ☐		Téléphone à domicile		Téléphone au travail	
☐ Père ☐ Mère						Cellulaire	
Adresse				Code postal		Courriel	
(*) N.A.S. :							
Parent B Nom et prénom		Répondant ☐		Téléphone à domicile		Téléphone au travail	
☐ Père ☐ Mère						Cellulaire	
Adresse				Code postal		Courriel	
(*) N.A.S. :							
Tuteur Nom et prénom		Répondant ☐		Téléphone à domicile		Téléphone au travail	
☐ Masculin ☐ Féminin						Cellulaire	
Adresse				Code postal		Courriel	
(*) N.A.S. :							

* Le numéro d'assurance sociale est obligatoire pour permettre au CSSDM de produire le Relevé 24 (crédit pour garde d'enfants).
Ce relevé est transmis aux payeurs de factures et à Revenu Québec qui utilise le NAS comme identifiant unique des personnes.

(*) Je, soussigné(e), refuse de fournir **ou je n'ai pas** de numéro d'assurance sociale tel que demandé par le Centre de services scolaire de Montréal (information obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu).

Signature parent A _____ Date _____

Signature parent B _____ Date _____

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET AUTORISÉ À VENIR CHERCHER L'ENFANT (Autre que le répondant)

Nom et prénom		Téléphone à domicile		Téléphone au travail		Cellulaire	
Adresse						Code postal	
Lien avec l'enfant							

L'élève demeure chez : ☐ 1. Parents A et B 2. Parent A 3. Parent B 4. Garde partagée 5. Tuteur	Envoyez la correspondance à :	
	Nom	Prénom
	Adresse (si différente de celle du père, de la mère ou du tuteur)	Code postal

Maternelle 4 ans	Maternelle 5 ans	1	2	3	4	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Mon enfant est véhiculé en autobus scolaire. Oui ☐ Non ☐

CHOIX D'HORAIRE
(Mettre un X pour chacune des périodes de fréquentation)

Type d'horaire	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
BLOC DU MIDI PRÉSCOLAIRE					
BLOC DU MIDI PRIMAIRE					
BLOC PM*					

* Le « Bloc PM » et le « Bloc du soir » font partie de la même période pour les fins de facturation aux parents.
 ** Voir la réglementation du SDG pour la tarification.

Date du début de la fréquentation au service de dîner	Année	Mois	Jour

AUTORISATION EN CAS D'URGENCE

EN CAS D'URGENCE, JE SOUSSIGNÉ(E) AUTORISE LE PERSONNEL DU SERVICE DE GARDE À ADMINISTRER EN SITUATION D'URGENCE, LES PREMIERS SOINS NÉCESSAIRES ET À PRENDRE LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA SANTÉ DE MON ENFANT.

Conduire mon enfant à : Nom de l'hôpital	Téléphone
Médecin traitant: Nom du médecin	Téléphone

L'enfant souffre-t-il d'une maladie, d'un handicap, d'une allergie alimentaire ou à un médicament?
 Oui ☐ Non ☐ (Si oui, préciser laquelle ou lesquelles)

Remarques:

AUTORISATION ET SIGNATURE

Je soussigné(e), affirme avoir pris connaissance des règlements du service de garde et je m'engage à les respecter et à défrayer les frais de garde. J'autorise la participation de mon enfant aux sorties organisées par le service de garde.

Signature du parent ou du tuteur	Année	Mois	Jour