

Du Sommet - Service de garde

FICHE D'INSCRIPTION 2026-2027

Pour une nouvelle inscription, veuillez compléter les renseignements dans la partie de droite.

Détails du dossier de l'élève

Nouvelle inscription ou modifications à apporter au dossier

Identification

Élève :

Garde partagée :

☐

Oui ☐

Non ☐

Date de naissance :

Sexe :

Féminin : ☐

Masculin : ☐

Fiche :

Code permanent :

Degré scolaire :

Dossier annuel

Autorisé à quitter seul :

Oui ☐

Heure : _____

Oui ☐

Non ☐

Heure : _____

Détails des contacts au dossier de l'élève

Coordonnées de la mère

Nom et prénom de la mère :

Répondant :

Oui ☐

Oui ☐

Non ☐

Adresse de la mère :

Résidence de l'élève :

Oui ☐

Oui ☐

Non ☐

Numéro d'assurance sociale :

Téléphone (maison) :

Téléphone (travail) :

Cellulaire / Télavertisseur :

/

Adresse électronique :

(VOIR **NOTE ** OBLIGATOIRE POUR RELEVÉS FISCAUX)

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) :

Cellulaire / Télavertisseur :

/

Adresse électronique :

(VOIR **NOTE ** OBLIGATOIRE POUR RELEVÉS FISCAUX)

Autre contact (autorité parentale autre que les parents)

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) :

Cellulaire / Télavertisseur :

/

Adresse électronique :

(VOIR **NOTE ** OBLIGATOIRE POUR RELEVÉS FISCAUX)

Du Sommet - Service de garde

FICHE D'INSCRIPTION 2026-2027

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
------------------------	---------	----------	-------------	------------	------------	------------

Dossier médical

Numéro d'assurance maladie :

Date d'expiration du NAM :

Médecin :

Dossier médical

Description

Choc

Épipen

Liste des médicaments

Description

Liste des médicaments

Choc anaphylactique

Épipen

☐☐

Notes dossier médical

Réservation de base (Fréquentation au service de garde)

Date de début de fréquentation de votre enfant : ☐ Première journée de classe ou le : _____

Heure d'ARRIVÉE PRÉVUE au service de garde : _____ Heure de DÉPART PRÉVUE du service de garde : _____

☐ Fréquentera aux journées pédagogiques seulement

Périodes	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
AVANT-MIDI					
MIDI					
APRES-MIDI					

Veillez cocher «TOUTES LES CASES» correspondant à une présence prévue de votre enfant au service de garde.

Notes supplémentaires

Réservé au S.G.

Régulier : ☐

Sporadique : ☐

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

- J'autorise le personnel de l'école 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.)

X

Signature de l'autorité parentale

Date

***** **NOTE** *****

Les relevés fiscaux sont émis aux payeurs des factures.

Refus de fournir le NAS

«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 le centre de services scolaire.»

X

Signature

Date