

Centre de services scolaire des Îles
Demande d'inscription – Service de garde
Année scolaire 2025-2026

| Identification de l'élève | |
|--|---------------------------|
| Nom : _____ | Date de naissance : _____ |
| Prénom : _____ | Sexe : _____ |
| Garde partagée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | |

| Dossier scolaire | |
|--------------------------|--|
| Payeur principal : _____ | Autorisé aux sorties extérieures : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

| Parent 1 |
|-------------------------------|
| Nom : _____ |
| Prénom : _____ |
| Date de naissance : _____ |
| Courriel : _____ |
| Cellulaire : _____ |
| Téléphone à la maison : _____ |
| Téléphone au travail : _____ |
| Adresse : _____ |
| _____ |
| _____ |

| Parent 2 |
|-------------------------------|
| Nom : _____ |
| Prénom : _____ |
| Date de naissance : _____ |
| Courriel : _____ |
| Cellulaire : _____ |
| Téléphone à la maison : _____ |
| Téléphone au travail : _____ |
| Adresse : _____ |
| _____ |
| _____ |

| Tuteur | |
|-------------------------------|------------------|
| Nom : _____ | Courriel : _____ |
| Prénom : _____ | Adresse : _____ |
| Cellulaire : _____ | _____ |
| Téléphone à la maison : _____ | _____ |
| Téléphone au travail : _____ | _____ |

| Personnes autorisées à venir chercher l'élève (autres que les parents ; spécifier le lien avec l'enfant) | | |
|--|-------|------------|
| Nom, prénom | Lien | Cellulaire |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Frères ou sœurs inscrits au service de garde

Nom : _____

Rang familial : _____

Nom : _____

Rang familial : _____

Dossier médical

Particularités (Description – Choc – Épipen – Liste des médicaments - Autres)

Allergies OUI NON**Réservation de base (Service demandé)**

Date de début de la réservation de base : _____

ARRIVÉE PRÉVUE DÉPART PRÉVUE

Si garde partagée, la facture sera émise selon le calendrier de la garde partagée ou selon le pourcentage suivant :

 Mère _____% Père _____%**Mon enfant utilisera le service de garde aux périodes suivantes**

| | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Matin | <input type="checkbox"/> |
| Midi | <input type="checkbox"/> |
| Après-midi | <input type="checkbox"/> |

Notes supplémentaires**Signature**

Je déclare que ces renseignements sont exacts et complets. J'autorise la technicienne du service de garde à prendre les mesures nécessaires pour faire soigner mon enfant en cas d'urgence (maladie soudaine, accident, etc.).

Signature de l'autorité parentale : _____ Date : _____

RÉSERVÉ À LA TECHNICIENNE DU SERVICE DE GARDE**À compléter par la technicienne du service de garde selon la fréquentation demandée par le parent**Statut de fréquentation Régulier 3 à 5 jours Régulier 2 jours Régulier 1 jour Sporadique

Signature de technicienne du SDG : _____ Date : _____