

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après-midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 : _____