

Identification de l'élève (selon l'acte de naissance)

Élève : _____ Date de naissance : _____ Garde partagée : Oui Calendrier ou %

Sexe : _____ Fraterie. Nom : _____ Code permanent : _____

Votre enfant fréquente-t-il un autre service de garde de la Commission scolaire des Patriotes? Si oui, veuillez indiquer le nom de l'école.

Non Oui _____

Votre enfant est-il scolarisé dans une autre commission scolaire? Si oui, veuillez indiquer le nom de la commission scolaire et le nom de l'école.

Non Oui _____

Dossier annuel - 2020-2021

Autorisé à quitter seul : Oui Heure : _____

Autorisé aux sorties extérieures : Oui

Véhiculé par autobus : matin soir

Présent aux journées pédagogiques : Oui

Coordonnées du mère ou tuteur:

Nom et prénom du parent : _____

Répondant : Oui

Adresse : _____

Code postal: _____

Résidence de l'élève : Oui

Téléphone (maison) : _____ Téléphone (travail) : _____ Cellulaire : _____

Lieu de travail: _____ Adresse courriel: _____

Coordonnées père ou tuteur:

Nom et prénom du parent _____

Répondant : Oui

Adresse : _____

Code postal : _____

Résidence de l'élève : Oui

Téléphone (maison) : _____ Téléphone (travail) : _____ Cellulaire : _____

Lieu de travail: _____ Adresse courriel: _____

Personnes autorisées à venir chercher l'élève (autres que les parents : spécifier le lien avec l'enfant)

Nom, prénom	Lien	Tél.maison	Tél.trav1	Cellulaire
-------------	------	------------	-----------	------------

Personnes à contacter en cas d'urgence (autres que les parents : spécifier le lien avec l'enfant)

Dossier médical

Notes dossier médical (Description - Choc - Épipen - Liste des médicaments - Remarques)

Allergies Oui Non

Réservation de base: **Service de garde (la période du dîner est inclus dans le tarif)**
Service aux dineurs (dîner uniquement)

Date de début de la réservation de base : _____

TRANSPORT (s'applique uniquement aux élèves admissibles à ce service*)

Statut de fréquentation :

SERVICE DE GARDE Régulier Sporadique **OU** Dîneur Régulier Dîneur occasionnel

Régulier = minimum 3 jours semaine avec 2 périodes.

Heure d'arrivée approximative au service de garde : _____ Heure de départ approximative du service de garde : _____

Si garde partagée veuillez indiquer le pourcentage pour chaque parent _____ / _____
Sinon fournir dès que possible un calendrier pour une facturation équitable pour chaque parent.

S.V.P. Cochez dans les espaces ci-dessous, chaque période de fréquentation, selon vos besoins.

Périodes		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin	06:45 à 08:30					
Midi	11:55 à 13:15					
Maternelle	14:42 à 15:40					
Soir	15:40 à 18:00					

Horaire Variable

Notes supplémentaires

- J'ai pris connaissance des règlements du service de garde et m'engage à les respecter.
- Je déclare que ces renseignements sont exacts et complets, à la présente date.
- J'autorise les responsables 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.)
- *Conformément aux critères d'admissibilité de la Politique relative au transport des élèves pour la rentrée et la sortie des classes et relative aux services aux dineurs.

Signature de l'autorité parentale

Date

**Veuillez noter que les relevés fiscaux sont émis aux payeurs des factures.
(Numéro d'assurance sociale obligatoire afin d'émettre les relevés fiscaux)**