Centre de services scolaire de Portneuf
Québec

# Service de garde
# Du Phare - et- Saint-Charles- de- Grondines

École du Phare -Saint-Charles de Grondines
FICHE D'INSCRIPTION

**Instructions pour compléter ce formulaire**

Vérifier les renseignements contenus dans ce document. Apporter, s'il y a lieu, les modifications nécessaires dans la partie de droite.
Pour une nouvelle inscription, veuillez compléter les renseignements dans la partie de droite du formulaire.

## Détails du dossier de l'élève

**Information actuellement au dossier de l'élève** | **Modifications à apporter au dossier**

### Identification

Élève : _____

Garde partagée : Oui ☐ Garde partagée papa : ___% Garde partagée maman : ___% Oui ☐ Non ☐

Date de naissance : _____

Groupe-repère : _____

Payeur principal : _____

## 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 : **(Nécessaire pour les reçus d'impôt)** _____

Téléphone (maison) : _____

Téléphone (travail) : _____

Cellulaire : _____

Courriel : _____

(Vous recevrez votre état de compte par courriel)

### 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 : **(Nécessaire pour les reçus d'impôt)** _____

Téléphone (maison) : _____

Téléphone (travail) : _____

Cellulaire : _____

Courriel : _____

(Vous recevrez votre état de compte par courriel)

Centre de services scolaire de Portneuf
Québec

# Service de garde
# Du Phare - et- Saint-Charles- de- Grondines

École du Phare -Saint-Charles de Grondines

FICHE D'INSCRIPTION

## Tuteur

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 : **(Nécessaire pour les reçus d'impôt)** _____

Téléphone (maison) : _____

Téléphone (travail) : _____

Cellulaire : _____

Courriel : _____

## 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 : _____

**Dossier médical**

| Description | Choc | Épipen | Liste des médicaments | Remarque |
|---|---|---|---|---|

## Notes du dossier médical

_____

_____

Centre
de services scolaire
de Portneuf
Québec

# Service de garde
# Du Phare - et- Saint-Charles- de- Grondines

École du Phare -Saint-Charles de Grondines
FICHE D'INSCRIPTION

## Réservation de base (Fréquentation au service de garde)

**Si garde partagée joindre le calendrier**

*Pour profiter d'une place à tarif réduit (régulier), votre enfant doit fréquenter 2 périodes par jour entre 3 et 5 jours semaine.*
*Pour une fréquentation sporadique, l'enfant doit fréquenter une période par jour ou utiliser le service de garde moins de 3 jours par semaine.*

***** Important : vous devez cocher chaque période où votre enfant sera présent.**

**TABLEAU DE FRÉQUENTATION**

**Fréquentation régulière** ☐ **Fréquentation sporadique** ☐

| CHOIX DE L'HORAIRE | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI |
|---|---|---|---|---|---|
| Matin (7h15 À 8h00) | | | | | |
| Midi (11h15 À 12h45) | | | | | |
| P.M. (15h00 À 17h30) | | | | | |

## Notes supplémentaires:

**Repas traiteur : Détail à venir très bientôt.**

- **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.)**

**"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 la Commission scolaire."**

**Signature (mère)** **Date**

**Signature (père)** **Date**

**Signature (tuteur)** **Date**

Signature de l'autorité parentale (OBLIGATOIRE) Date

***** Veuillez noter que les relevés fiscaux sont émis aux payeurs des factures.**