

IMPORTANT : Veuillez enregistrer le formulaire sur votre ordinateur avant de le remplir avec Adobe Reader ou à la main.
Ne pas remplir le formulaire dans un navigateur Web. **SVP, remplir les deux pages.**

École :	Année scolaire :
---------	------------------

IDENTIFICATION

Nom de l'enfant	Prénom	Date de naissance Année Mois Jour	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Langue parlée et comprise par l'enfant			
Adresse		Code postal	Téléphone
Parent A Nom et prénom	Répondant <input type="checkbox"/>	Téléphone à domicile	Téléphone au travail
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère			Cellulaire
Adresse		Code postal	Courriel
(*) N.A.S. :			
Parent B Nom et prénom	Répondant <input type="checkbox"/>	Téléphone à domicile	Téléphone au travail
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère			Cellulaire
Adresse		Code postal	Courriel
(*) N.A.S. :			
Tuteur Nom et prénom	Répondant <input type="checkbox"/>	Téléphone à domicile	Téléphone au travail
<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin			Cellulaire
Adresse		Code postal	Courriel
(*) N.A.S. :			

* Le numéro d'assurance sociale est obligatoire pour permettre au CSSDM de produire le Relevé 24 (crédit pour garde d'enfants).
Ce relevé est transmis aux payeurs de factures et à Revenu Québec qui utilise le NAS comme identifiant unique des personnes.

(*) Je, soussigné(e), refuse de fournir **ou je n'ai pas** de numéro d'assurance sociale tel que demandé par le Centre de services scolaire de Montréal (information obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu).

Signature parent A	Date
Signature parent B	Date

**PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET AUTORISÉ À VENIR CHERCHER L'ENFANT
(Autre que le répondant)**

Nom et prénom	Téléphone à domicile	Téléphone au travail	Cellulaire
Adresse			Code postal
Lien avec l'enfant			

L'élève demeure chez :	Envoyez la correspondance à :		
<input type="checkbox"/> 1. Parents A et B <input type="checkbox"/> 2. Parent A <input type="checkbox"/> 3. Parent B <input type="checkbox"/> 4. Garde partagée <input type="checkbox"/> 5. Tuteur	Nom		Prénom
	Adresse (si différente de celle du père, de la mère ou du tuteur)		Code postal

Maternelle 4 ans <input type="checkbox"/>	Maternelle 5 ans <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Mon enfant est véhiculé en autobus scolaire.				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

CHOIX D'HORAIRE
(Mettre un X pour chacune des périodes de fréquentation)

Type d'horaire	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	
BLOC DU MIDI PRÉSCOLAIRE						
BLOC DU MIDI PRIMAIRE						
BLOC PM*						
* Le « Bloc PM » et le « Bloc du soir » font partie de la même période pour les fins de facturation aux parents. ** Voir la réglementation du SDG pour la tarification.						
Date du début de la fréquentation au service de dîner				Année	Mois	Jour

AUTORISATION EN CAS D'URGENCE

EN CAS D'URGENCE, JE SOUSSIGNÉ(E) AUTORISE LE PERSONNEL DU SERVICE DE GARDE À ADMINISTRER EN SITUATION D'URGENCE, LES PREMIERS SOINS NÉCESSAIRES ET À PRENDRE LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA SANTÉ DE MON ENFANT.	
Conduire mon enfant à : Nom de l'hôpital	Téléphone
Médecin traitant: Nom du médecin	Téléphone
L'enfant souffre-t-il d'une maladie, d'un handicap, d'une allergie alimentaire ou à un médicament? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (Si oui, préciser laquelle ou lesquelles)	
Remarques:	

AUTORISATION ET SIGNATURE

Je soussigné(e), affirme avoir pris connaissance des règlements du service de garde et je m'engage à les respecter et à défrayer les frais de garde. J'autorise la participation de mon enfant aux sorties organisées par le service de garde.			
Signature du parent ou du tuteur	Année	Mois	Jour