

## Fiche d'inscription au service de garde ou à la période du midi 2026-2027

SECTION RÉSERVÉE À L'ÉCOLE	
Nom et # de l'école	# fiche

IDENTIFICATION DE L'ENFANT	
Nom :	Date de naissance :
Prénom :	Degré :
Autres prénoms (s'il y a lieu) :	# Fiche :
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non-binaire	Code permanent (si connu) :

IDENTIFICATION DES RÉPONDANTS			
Répondants : <input type="checkbox"/> Les deux parents <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Tuteur			
	Parent 1 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre _____	Parent 2 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre _____	Tuteur légal <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre _____
Nom			
Prénom			
Numéro d'assurance sociale*			
Téléphone domicile			
Cellulaire			
Autre téléphone			
Courriel			

\*Le numéro d'assurance sociale est obligatoire afin d'émettre les reçus fiscaux aux payeurs des frais de garde

AUTRES CONTACTS : PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT ET/OU CONTACT D'URGENCE	
Nom et prénom :	Nom et prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Adresse :	Adresse :
Cellulaire :	Cellulaire :
Nom et prénom :	Nom et prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Adresse :	Adresse :
Cellulaire :	Cellulaire :

MEMBRES DE LA FAMILLE INSCRITS AU SERVICE DE GARDE	
Nom, Prénom : .....	Nom, Prénom : .....
Nom, Prénom : .....	Nom, Prénom : .....

DOSSIER MÉDICAL	
Est-ce que votre enfant souffre d'allergie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : .....	
Est-ce que votre enfant requiert l'utilisation d'un Épipen en cas de réaction allergique? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom et prénom du médecin traitant ( <b>facultatif</b> ) .....	Téléphone du médecin : .....
Nom de l'hôpital ou de la clinique ( <b>facultatif</b> ) .....	

