

**Instructions pour compléter ce formulaire**

A.- Vérifier les renseignements contenus dans ce document. Apporter, s'il y a lieu, les modifications nécessaires.

B.- Veuillez apposer votre signature ainsi que la date du jour à la fin du présent formulaire.

**Détails du dossier de l'élève****Information actuellement au dossier de l'élève****Identification**

Élève :

Date de naissance :

Sexe :

**Dossier annuel**

École que fréquentera votre enfant en 2022-2023: \_\_\_\_\_

Degré scolaire en 2022-2023: \_\_\_\_\_ Enseignant(e): \_\_\_\_\_

Garde partagée : Oui  Non  Autorisé à quitter seul : Oui  Non  Heure : \_\_\_\_\_

Autorisé aux sorties extérieures : Oui  Non

**AUTORISATION POUR DIFFUSER DES PHOTOS, VIDÉOS OU OEUVRES AINSI QUE DES RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉUSSITE D'UN ÉLÈVE**

J'autorise le service de garde à diffuser des articles, des photos ou des vidéos de mon enfant dans le journal de l'école, les journaux locaux et sur les sites internet de l'école et du CSSHL ainsi qu'à transmettre des renseignements à des organismes ou municipalités qui désirent récompenser ou mettre en valeur la réussite scolaire de mon enfant.

CONSENTEMENT DES PARENTS Oui  Non

**Détails des contacts au dossier de l'élève****Coordonnées de la mère**

Nom et prénom de la mère :

Répondant : Oui

Adresse de la mère :

Résidence de l'élève : Oui

Numéro d'assurance social :  Je refuse de fournir mon numéro d'assurance sociale

Téléphone (maison) :

Téléphone (travail) :

Cellulaire :

Courriel (à noter si vérifié tous les jours): \_\_\_\_\_

**Coordonnées du père**

Nom et prénom du père :

Répondant : Oui

Adresse du père :

Résidence de l'élève : Oui

Numéro d'assurance sociale :  Je refuse de fournir mon numéro d'assurance sociale

Téléphone (maison) :

Téléphone (travail) :

Cellulaire :

Courriel (à noter si vérifié tous les jours): \_\_\_\_\_

**Tuteur (s'il y a lieu)**

Nom et prénom du contact :

Répondant : Oui 

Adresse du contact :

Résidence de l'élève : Oui 

Numéro d'assurance sociale :

 Je refuse de fournir mon numéro d'assurance sociale

Téléphone (maison) :

Téléphone (travail) :

Cellulaire :

Courriel (à noter si vérifié tous les jours): \_\_\_\_\_

**Personnes autorisées à venir chercher l'élève et à contacter en cas d'urgence (autres que les parents)**

Nom, prénom et adresse	Lien avec l'enfant	Tél.maison	Tél.trav1	Tél.trav2	Cellulaire

**Autre enfant de la famille inscrit au service de garde****Dossier médical****Dossier médical**

Description

Choc Épipen Liste des médicaments

Remarque

**Notes du dossier médical**

Voici l'endroit où vous devez mentionner toute allergie, médicament, difficulté de langage, hyperactivité ou autre particularité de votre enfant.

**Engagement de fréquentation**

Date de début de la fréquentation de l'enfant (Année - Mois - Jour) \_\_\_\_\_

Statut de fréquentation :  Régulier: Présences prévues au contrat, 3 à 5 jours par semaine (2 périodes ou plus)  Sporadique: Présences prévues au contrat, 1 ou 2 jours par semaine ou 1 seule période par jour  Occasionnel sur appel et/ou pédagogique

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

Périodes	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Midi.					
Après-midi					
Matin					

**Collation**

Le service de garde n'offre pas le service de collation, vous devrez fournir la collation de l'après-midi.

**CONSULTATION DES BESOINS**  
afin de déterminer l'horaire du service de garde  
qui vous sera validé à la rentrée scolaire.

**IMPORTANT À REMPLIR:**

Heure où mon enfant arrivera au service de garde le matin:  7h00  7h15  7h30  7h45  8h00

J'aurai besoin occasionnellement du sdg le matin.  
(J'appellerai pour vérifier les places disponibles)

Mon enfant prend l'autobus (il sera sous la surveillance  
de l'école le matin)

Heure où mon enfant quittera le sdg:  16h30  16h45  17h00  17h15  17h30  17h45  18h00

- Je m'engage à prendre connaissance des règles de fonctionnement du service de garde sur le site internet du centre de service scolaire des Hautes-Laurentides (<http://www.cssh.l.gouv.qc.ca>) ou une copie papier est disponible
- 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.)

Signature(s) de la (des) personne(s) responsable(s) du paiement des frais de garde

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

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

Signature de la technicienne en service de garde \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_