

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

NOM DE FAMILLE DE L'ÉLÈVE

PRÉNOM DE L'ÉLÈVE

DATE DE NAISSANCE

SEXE

DOSSIER ANNUEL

École que fréquentera votre enfant en 2023-2024

Degré scolaire en 2023-2024

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

COORDONNÉES DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Nom et prénom du parent

Répondant :                      Oui

Adresse

Résidence de l'élève                      Oui

Numéro d'assurance social

Je refuse de fournir mon numéro d'assurance sociale

Téléphone à la maison

Cellulaire

Téléphone au travail

Adresse électronique

Nom et prénom du parent

Répondant                      Oui

Adresse

Résidence de l'élève                      Oui

Numéro d'assurance social

Je refuse de fournir mon numéro d'assurance sociale

Téléphone à la maison

Cellulaire

Téléphone au travail

Adresse électronique

## TUTEUR (s'il y a lieu)

Nom et prénom du tuteur

Répondant : Oui

Adresse

Résidence de l'élève Oui

Numéro d'assurance social

Je refuse de fournir mon numéro d'assurance sociale

Téléphone à la maison

Cellulaire

Téléphone au travail

Adresse électronique

## PERSONNES AUTORISÉES à venir chercher l'élève et à contacter en cas d'urgence (autres que les parents)

Nom de la personne à contacter

Lien avec l'enfant

Téléphone à la maison

Cellulaire

Téléphone (travail-1)

Téléphone (travail-2)

Nom de la personne à contacter

Lien avec l'enfant

Téléphone à la maison

Cellulaire

Téléphone (travail-1)

Téléphone (travail-2)

Nom de la personne à contacter

Lien avec l'enfant

Téléphone à la maison

Cellulaire

Téléphone (travail-1)

Téléphone (travail-2)

Nom de la personne à contacter

Lien avec l'enfant

Téléphone à la maison

Cellulaire

Téléphone (travail-1)

Téléphone (travail-2)

## INFORMATIONS au dossier médical

**Veillez mentionner tout allergie, médicament, difficulté de langage, hyperactivité ou autre particularité de votre enfant**

## AUTRE ENFANT DE LA FAMILLE inscrit au service de garde

Nom de l'enfant

Nom de l'enfant

Nom de l'enfant

Nom de l'enfant

## ENGAGEMENT de fréquentation

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

Statut de fréquentation :

Régulier :  
2 périodes par jour

Non régulier :  
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
Matin					
Midi					
Soir					

## COLLATIONS

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 la 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.cssh1.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