



# École des Trois-Temps

Des Trois-Temps

FICHE D'INSCRIPTION ET CONTRAT DE SERVICE

2024-2025

## Instructions pour compléter ce formulaire

- A.- 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.
- B.- Le nom de la personne à rejoindre en cas d'urgence fait partie des personnes autorisées à venir chercher votre enfant.
- C.- 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 : \_\_\_\_\_

L'enfant vit avec :  son père et sa mère  sa mère  son père  autre situation : \_\_\_\_\_

Garde partagée : Oui  OU Fournir le calendrier de garde \_\_\_\_\_ Oui  Non

Pourcentage pour la facturation :

Mère % : \_\_\_\_\_ Père % : \_\_\_\_\_

Date de naissance :

Sexe :

Numéro d'autobus: \_\_\_\_\_

Fiche : \_\_\_\_\_ Code permanent :

Rang familial :

#### Dossier annuel

### Cette section est réservée au Service de garde

Prénom et nom de l'enseignant (e): \_\_\_\_\_

Groupe-repère de l'élève : \_\_\_\_\_

Numéro et nom de l'école : \_\_\_\_\_

Payeur principal:

Autorisé à quitter seul : Oui  Heure : \_\_\_\_\_ Une autorisation écrite doit être fournie Oui  Non  Heure : \_\_\_\_\_

Présent aux journées pédagogiques: Oui  Non  À titre informatif seulement

## Détails des contacts au dossier de l'élève

### Coordonnées de la mère

Nom et prénom de la mère :

Répondant : Oui  Non

Adresse de la mère :

Résidence de l'élève : Oui  Non

Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_ Relevés fiscaux émis au payeur

Je refuse de donner mon numéro d'assurance sociale

Téléphone (maison) :

Téléphone (travail) :

Cellulaire :

Courriel:

### Modifications à apporter au dossier

\_\_\_\_\_ Oui  Non

\_\_\_\_\_ Oui  Non

Si oui  Initiales : \_\_\_\_\_

\* Le courriel est utilisé pour l'envoi des états de compte et des lettres d'invitation aux journées pédagogiques.

\* Les informations confidentielles contenues dans ce formulaire ne peuvent en aucun temps être divulguées à des tiers.



# École des Trois-Temps

Des Trois-Temps

FICHE D'INSCRIPTION ET CONTRAT DE SERVICE

2024-2025

## Coordonnées du père

Nom et prénom du père :

Répondant : Oui  Non

Adresse du père :

Résidence de l'élève : Oui  Non

Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_ Relevés fiscaux émis au payeur

Je refuse de donner mon numéro d'assurance sociale

Téléphone (maison) :

Téléphone (travail) :

Cellulaire :

Courriel :

## Modifications à apporter au dossier

Oui  Non

Oui  Non

Si oui  Initiales : \_\_\_\_\_

\* Le courriel est utilisé pour l'envoi des états de compte et des lettres d'invitation aux journées pédagogiques.

\* Les informations confidentielles contenues dans ce formulaire ne peuvent en aucun temps être divulguées à des tiers.

## Tuteur, tutrice ou famille d'accueil

Nom et prénom du contact :

Répondant : Oui  Non

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Adresse du contact :

Résidence de l'élève : Oui  Non

Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_ Relevés fiscaux émis au payeur

Je refuse de donner mon numéro d'assurance sociale

Téléphone (maison) :

Téléphone (travail) :

Cellulaire :

Courriel :

## Modifications à apporter au dossier

Oui  Non

Si oui  Initiales : \_\_\_\_\_

## Autres personnes autorisées à venir chercher l'élève

Nom, prénom	Lien avec l'élève	Tél.maison	Tél.trav1	Cellulaire	Priorité en cas d'urgence
-------------	-------------------	------------	-----------	------------	---------------------------

_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

## Personnes non-autorisées à venir chercher l'élève

AVEC UN ORDRE DE COUR

_____
_____



# École des Trois-Temps

Des Trois-Temps

FICHE D'INSCRIPTION ET CONTRAT DE SERVICE

2024-2025

## Dossier médical

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

Date d'expiration du NAM : \_\_\_\_\_

**À compléter s'il y a changement dans l'état de santé de l'enfant (voir plus bas \*\*\* Dossier médical \*\*\*)**

Votre enfant souffre-t-il d'allergies ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Nourriture <input type="checkbox"/> Médicament <input type="checkbox"/> Autres	Précisez : _____
Y a-t-il un besoin d'ÉPIPEN : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Votre enfant souffre-t-il d'une maladie, anomalie ou malformation quelconque qui exige une attention ou une restriction particulière ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, lequel ? _____	
Pourquoi ? _____	
Votre enfant prend-il un médicament régulièrement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, lequel ? _____	
Pourquoi ? _____	
Nom du médecin traitant: _____	Nom de l'hôpital: _____
Téléphone du médecin traitant: _____	Téléphone de l'hôpital: _____
Adresse: _____	Adresse: _____
<b>Autres informations pouvant requérir une attention particulière</b> _____	

**À noter :** Une autorisation écrite est requise pour tout enfant qui doit prendre des médicaments lorsqu'il est au service de garde.  
Avoir absolument une prescription d'un médecin et dans son contenant original.

\*\*\* Dossier médical \*\*\*

Description                      Choc                      Épipen                      Liste des médicaments                      Remarque

## Autorisation des parents pour l'année scolaire

	J'accepte (vos initiales)	Je n'accepte pas (vos initiales)
J'autorise le personnel du service de garde à prendre les mesures nécessaires pour faire soigner mon enfant (transport à l'urgence d'un centre hospitalier, appel d'un médecin, etc...) en cas d'urgence. <b>Tous les frais encourus seront facturés aux parents.</b>		
J'autorise que mon enfant participe aux sorties organisées dans les environs du service de garde (marche dans les rues avoisinantes, au parc, etc.). <b>Pour les sorties à l'extérieur qui nécessitent un moyen de transport, une autorisation spéciale sera demandée aux parents.</b>		
J'autorise le service de garde à prendre des photographies et à faire des enregistrements visuels de mon enfant pour différentes occasions (sorties éducatives, activités, projets spéciaux, site web, etc.).		
Je désire que mon enfant effectue ses travaux scolaires pendant la période prévue à l'horaire du service de garde. <b>Le service de garde s'engage à offrir une période de travaux scolaires à l'enfant. Toutefois, la supervision des travaux demeure la responsabilité des parents.</b>		

J'ai bien pris connaissance des autorisations ci-haut : \_\_\_\_\_

Signature de l'autorité parentale

\_\_\_\_\_ Date

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

Date de début de la réservation de base : (année - mois - jour) \_\_\_\_\_

Statut de fréquentation : (Régulier ou Sporadique) \_\_\_\_\_

Heure d'ARRIVÉE PRÉVUE au service de garde : \_\_\_\_\_ Heure de DÉPART PRÉVUE du service de garde : \_\_\_\_\_

\*\*\* IMPORTANT : Vous devez cocher chaque période où votre enfant sera présent.\*\*\*



# École des Trois-Temps

Des Trois-Temps

FICHE D'INSCRIPTION ET CONTRAT DE SERVICE

**2024-2025**

Périodes		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin	06:30 à 08:15					
Midi	11:46 à 13:06					
Dineurs	11:46 à 13:06					
Soir	15:11 à 18:00					

**J'ai pris connaissance des règles de fonctionnement du service de garde et m'engage à les respecter.**

**Je déclare que ces renseignements sont exacts et complets, à la présente date.**

\_\_\_\_\_  
Signature de l'autorité parentale

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de la Direction

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du ou de la technicien(ne)

\_\_\_\_\_  
Date