

**SERVICE DE GARDE NDA****INFORMATION SUR L'ENFANT**

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____ CODE POSTAL : _____ TÉL. : _____

SEXE : F M DATE DE NAISSANCE : ____/____/____ ÂGE : _____
J M AL'enfant demeure avec : Père et mère Père Mère Garde partagée Autre _____
PrécisezEn septembre 2020, votre enfant sera en : Maternelle 5 ans 1^{re} 2^e 3^e 4^e 5^e 6^e Date prévue de fréquentation : 1^{re} journée de classe OU date : _____**TABLEAU DE FRÉQUENTATION**

L'enfant fréquentera le service de garde : (cochez les périodes)

RÉGULIER	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	OU	Sporadiquement seulement <input checked="" type="checkbox"/>
MATIN							
MIDI							
SOIR							

Mon enfant est autorisé à quitter seul : **NON** OUI (Complétez le document intitulé « AUTORISATION DE DÉPART »)**INFORMATION SUR LES PARENTS**

NOM DE LA MÈRE : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____ CODE POSTAL : _____
(Si différente de l'adresse de l'enfant)

TÉL. : () _____ TÉL. AU TRAVAIL : _____ CELL. : _____

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE : _____ (indispensable pour fin d'impôt)

Je désire recevoir mon état de compte par Courriel : _____

NOM DU PÈRE : _____ PRÉNOM : _____

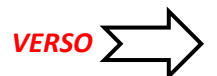
ADRESSE : _____ CODE POSTAL : _____
(Si différente de l'adresse de l'enfant)

TÉL. : () _____ TÉL. AU TRAVAIL : _____ CELL. : _____

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE : _____ (indispensable pour fin d'impôt)

Je désire recevoir mon état de compte par Courriel : _____

NB : les relevés fiscaux sont émis au contribuable qui a payé les frais de garde



FICHE MÉDICALE

Maladies ou conditions particulières : _____

Conditions restrictives pour les activités physiques : _____

Allergies (type) : _____

ÉPIPEN : OUI NON

Prend-t-il des médicaments régulièrement ? NON † OUI † Si oui, précisez : _____

Nom du médecin de famille : _____ Tél. : _____

AUTORISATIONS

J'autorise le service de garde à administrer un médicament que j'aurai fourni avec la posologie	OUI	NON
J'autorise le personnel du service de garde à prendre les mesures nécessaires pour faire soigner mon enfant (transport à l'urgence, à un centre hospitalier ou un appel à un médecin, etc.) en cas d'urgence.	OUI	NON

†

**PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE et AUTORISÉE(S) À VENIR CHERCHER L'ENFANT
(AUTRES QUE LES PARENTS)**

Nom : _____ Lien de parenté : _____

Téléphone : _____ Cellulaire ou # au travail : _____

Nom : _____ Lien de parenté : _____

Téléphone : _____ Cellulaire ou # au travail : _____

Nom : _____ Lien de parenté : _____

Téléphone : _____ Cellulaire ou # au travail : _____

Signature : _____ Date : _____

Espace réservé

Degré scolaire : _____

STATUT DE L'ÉLÈVE : Régulier Sporadique

Nom du titulaire : _____ †

Nom des frères et sœurs de la famille :

Nom : _____ Niveau scolaire : _____

Nom : _____ Niveau scolaire : _____

Nom : _____ Niveau scolaire : _____