

**SERVICE DE GARDE NDA**Centre
de services scolaire
des Sommets

Québec

**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 2025, votre enfant sera en: Maternelle 4 ans ☐ 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 ☒
MATIN							
MIDI							
SOIR							

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

NOM DU PARENT 1 : _____ 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 PARENT 2 : _____ PRÉNOM : _____

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

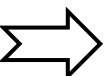
TÉL. : (____) _____ TÉL. AU TRAVAIL : _____ CELL. : _____

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

VERSO



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 :