Centre
de services scolaire
des Hautes-Laurentides
Québec

INSCRIPTION AU SERVICE DE GARDE Année scolaire 2024-2025

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 2024-2025

Degré scolaire en 2024-2025

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

Veuillez 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 : Au moins 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.csshl.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