Centre de services scolaire des Grandes-Seigneuries
Québec

Fiche d'inscription au service de garde ou à la période du midi 2026-2027

SECTION RÉSERVÉE À L'ÉCOLE	
Nom et # de l'école	**# fiche**

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom :	Date de naissance :
Prénom :	Degré :
Autres prénoms (s'il y a lieu) :	# Fiche :
Sexe : ☐Féminin ☐Masculin ☐Non-binaire	Code permanent (si connu) :

IDENTIFICATION DES RÉPONDANTS

Répondants : ☐Les deux parents ☐Parent 1 ☐Parent 2 ☐Tuteur

	Parent 1 ☐**Père** ☐**Mère** ☐**Autre _____**	**Parent 2** ☐**Père** ☐**Mère** ☐**Autre _____**	**Tuteur légal** ☐**Masculin** ☐**Féminin** ☐**Autre _____**
Nom			
Prénom			
Numéro d'assurance sociale*			
Téléphone domicile			
Cellulaire			
Autre téléphone			
Courriel			

*Le numéro d'assurance sociale est obligatoire afin d'émettre les reçus fiscaux aux payeurs des frais de garde

AUTRES CONTACTS : PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT ET/OU CONTACT D'URGENCE

Nom et prénom :	Nom et prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Adresse :	Adresse :
Cellulaire :	Cellulaire :
Nom et prénom :	Nom et prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Adresse :	Adresse :
Cellulaire :	Cellulaire :

MEMBRES DE LA FAMILLE INSCRITS AU SERVICE DE GARDE

Nom, Prénom : _____ Nom, Prénom : _____

Nom, Prénom : _____ Nom, Prénom : _____

DOSSIER MÉDICAL

Est-ce que votre enfant souffre d'allergie? ☐Oui ☐Non Si oui, précisez :_____

Est-ce que votre enfant requiert l'utilisation d'un Épipen en cas de réaction allergique? ☐Oui ☐ Non

Nom et prénom du médecin traitant **(facultatif)**_____ Téléphone du médecin :_____

Nom de l'hôpital ou de la clinique **(facultatif)** _____

BESOIN POUR L'ANNÉE 2025-2026

Garde partagée

Est-ce que l'enfant est en garde partagée? ☐ Oui * ☐ Non

Si oui, précisez la division de la facturation

Pourcentage _____% _____% ou ☐ selon le calendrier de garde
Parent 1 ***Parent 2***

*Peu importe le type de facturation, un calendrier de garde doit être soumis au technicien ou à la technicienne.

Fréquentation demandée

Veuillez indiquer votre besoin pour l'année 2026-2027

☐Période du midi seulement ☐Journée pédagogiques seulement ☐Aucun service

☐Service de garde, veuillez compléter le tableau de fréquentation

Date de début de fréquentation : _____

Tableau de fréquentation

Périodes	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin	☐	☐	☐	☐	☐
Midi	☐	☐	☐	☐	☐
Soir	☐	☐	☐	☐	☐

CONFIRMATION ET SIGNATURE

- J'ai pris connaissance des règlements du service de garde et m'engage à les respecter.
- J'ai pris connaissance de la politique du transport et je m'engage à la respecter.
- Je déclare, qu'en date de la signature, les renseignements sur cette fiche sont exacts et complets.

Les factures sont disponibles pour téléchargement sur le Mozaik portail de votre enfant.
Veuillez noter que les relevés fiscaux sont émis aux payeurs de factures.

Conformément à la ***Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels***, le Centre de service scolaire des Grandes-Seigneuries et le ministère de l'Éducation peuvent communiquer et s'échanger tous les renseignements qu'ils détiennent relativement à l'enfant, et ce, aux fins de leur mission respective.

☐ J'inscris mon enfant au service de garde ou à la période du midi pour l'année 2026-2027.
☐ Je n'inscris pas mon enfant au service de garde ou à la période du midi pour l'année 2026-2027.

_____ _____
Signature du parent ou du tuteur **Date**