

# CONTRAT D'INSCRIPTION AU SERVICE DE GARDE ANNÉE 2024-2025



ÉCOLE DE  
L'ACCUEIL

[sgarde.accueil@cscapitale.qc.ca](mailto:sgarde.accueil@cscapitale.qc.ca)  
(418) 686-4040 poste 3084

**VOUS DEVEZ REMPLIR TOUTES LES PARTIES DU FORMULAIRE.**

Date du début de la fréquentation au service de garde : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_  
NOM DE L'ENFANT PRÉNOM SEXE F SEXE M DATE DE NAISSANCE

**NIVEAU SCOLAIRE** (COCHER CELUI CORRESPONDANT À L'ANNÉE DE L'INSCRIPTION)

3 <sup>e</sup> année	4 <sup>e</sup> année	5 <sup>e</sup> année	6 <sup>e</sup> année
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**IDENTIFICATION : MÈRE**  **TUTRICE**  **RÉPONDANTE DE L'ENFANT : OUI**  **NON**

NOM DE LA MÈRE			PRÉNOM DE LA MÈRE			NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE ( )		
ADRESSE DE LA MÈRE						CODE POSTAL		
TÉLÉPHONE (DOMICILE)			TÉLÉPHONE (TRAVAIL)			AUTRE		

**IDENTIFICATION : PÈRE**  **TUTEUR**  **RÉPONDANTE DE L'ENFANT : OUI**  **NON**

NOM DU PÈRE			PRÉNOM DU PÈRE			NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE ( )		
ADRESSE DU PÈRE						CODE POSTAL		
TÉLÉPHONE (DOMICILE)			TÉLÉPHONE (TRAVAIL)			AUTRE		

**ADRESSE DE L'ENFANT** (VEUILLEZ COCHER) :

Celle du père et de la mère  de la mère  du père  du tuteur légal

**GARDE PARTAGÉE OUI**  **NON**  (Si oui, remplir un contrat pour chaque parent)

**Pour la facturation des frais, veuillez indiquer le partage de la facture :**

selon le calendrier de garde (faire parvenir le calendrier à la responsable du service de garde)

selon un % de partage : \_\_\_\_\_ % parent mère \_\_\_\_\_ % parent père

**Attention : les reçus sont émis au nom du parent payeur.**

**PERSONNE, AUTRE QUE LES PARENTS, À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (PRÉVENEZ LA PERSONNE)**

NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE (MAISON ou CELL) : \_\_\_\_\_ (TRAVAIL) : \_\_\_\_\_

**GRILLE DE FRÉQUENTATION** RÉGULIER  SPORADIQUE

PÉRIODES	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN					
DÎNER					
APRÈS L'ÉCOLE					

Heure d'arrivée prévue au service de garde \_\_\_\_\_ heure de départ prévue du service de garde \_\_\_\_\_

**PROBLÈMES DE SANTÉ OU ALLERGIES**

**Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ou d'allergie? Oui**  **Non**

Précisions : \_\_\_\_\_

**ENGAGEMENT DU PARENT :**

- ✓ Je m'engage à prendre connaissance des règlements du service de garde et à les respecter.
- ✓ Je déclare que ces renseignements sont exacts et complets, à la présente date.
- ✓ J'autorise la responsable du service de garde à prendre les mesures nécessaires pour faire soigner mon enfant en cas d'urgence, de blessure, de maladie soudaine, etc. (ex : transport par ambulance, etc.).
- ✓ Je suis informé qu'on nous recommande fortement de disposer d'une assurance-accident pour notre enfant.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU PARENT

\_\_\_\_\_  
DATE