OUVERTURE DE DOSSIER – ANNÉE SCOLAIRE 2022-2023

Annexe 5A



**fiche d’inscription**

**SERVICE DE GARDE LA TOURELLE**

***LA TOUR DE GARDE***

### *INFORMATION SUR L'ENFANT*

## *NOM* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *PRÉNOM* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*ADRESSE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TÉL. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*SEXE : F* ⁪ *M* ⁪ *DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ ÂGE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *J M A*

*L'enfant demeure avec : Père et mère* □ *Père* □ *Mère* □ *Garde partagée* □ *Autre* ⁪ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Précisez

*En septembre 2021, votre enfant sera en*: *Maternelle 4 ans* □  *Maternelle 5 ans* □⁪ 1re □ ⁪ 2e □ ⁪ 3e □ ⁪ 4e □ ⁪ 5e □ ⁪ 6e □

#### *Date prévue de fréquentation :* 1re 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*  |  |  |  |  |  |  |

***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 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 :* |