

FICHE D'INSCRIPTION
Service de garde en milieu scolaire

Année scolaire
2011-12

NOUVELLE INSCRIPTION <input checked="" type="checkbox"/>	NUMÉRO D'AUTOBUS (FACULTATIF)
ÉCOLE DE PROVENANCE :	CIRCUIT : <u>214</u>

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

NOM DE L'ÉLÈVE <u>Francoeur</u>				PRÉNOM <u>Didier Junior</u>			
DATE DE NAISSANCE	ANNÉE	MOIS	JOUR	SEXE	<input type="checkbox"/> F	<input checked="" type="checkbox"/> M	
	<u>2005</u>	<u>09</u>	<u>15</u>				
ADRESSE <u>1135, Terrasse soleil, St-Colomban</u>				CODE POSTAL <u>J7Z 4W7</u>	TÉLÉPHONE <u>(450) 666-6666</u>		
NOM ET PRÉNOM DU PÈRE (OU TUTEUR) <u>Francoeur, Didier</u>				TÉL. À DOMICILE	TÉL. AU TRAVAIL	CELLULAIRE	
ADRESSE (si différente de l'élève)				CODE POSTAL	COURRIEL		
NOM ET PRÉNOM DE LA MÈRE (OU TUTRICE) <u>Tremblay, Françoise</u>				TÉL. À DOMICILE <u>(450) 666-6666</u>	TÉL. AU TRAVAIL <u>(450) 444-4444</u>	CELLULAIRE	
ADRESSE (si différente de l'élève) <u>Idem</u>				CODE POSTAL	COURRIEL		

RÉPONDANTS DE L'ÉLÈVE :

SON PÈRE ET SA MÈRE SON PÈRE SA MÈRE GARDE PARTAGÉE * (LES DEUX PARENTS DOIVENT COMPLÉTER L'ENSEMBLE DES DOCUMENTS) TUTEUR

INTERDICTION DE CONTACT : (IDENTIFIER LE RÉPONDANT ET JOINDRE LE JUGEMENT DE LA COUR)

Jene veut pas que le père vienne chercher Didier

PRÉSCOLAIRE MAT 4 ANS MAT 5 ANS PRIMAIRE 1 2 3 4 5 6 EHDA ÉDUC. INTERN

POINT DE CHUTE

ÉLÈVE SCOLARISÉ ET GARDÉ LE MIDI : Nom de l'école POINT DE CHUTE LE SOIR ET/OU LE MATIN : Nom de l'école

NOM DE L'ENSEIGNANT Martine L'observatrice GROUPE REPÈRE 101

JE DÉSIRE QUE MON ENFANT DEMEURE À L'ÉCOLE JUSQU'À L'ARRIVÉE DE LA PERSONNE SUIVANTE (AUTRE QUE LES PARENTS)
* AVANT DE QUITTER AVEC L'ENFANT, LA TECHNICIENNE DU SDG SE RÉSERVE LE DROIT DE DEMANDER UNE PIÈCE D'IDENTITÉ.

NOM, PRÉNOM	CONTACT (LIEN AVEC L'ENFANT)	TÉLÉPHONE
<u>1- Tremblay, Georges</u>	<u>Grand-père</u>	<u>(450) 777-7777</u>
<u>2- Amour, Aimé</u>	<u>conjoint</u>	<u>(514) 453-3333</u>
<u>3-</u>		
<u>4-</u>		

ÉMISSION D'UN REÇU D'IMPÔT

Le reçu pour fins d'impôt sera émis à : PÈRE MÈRE AUTRE

Signature du parent ou tuteur : David Tremblay

N.A.S. 000-000-000 Date : 30-08-2011

JE SOUSSIGNÉ, REFUSE DE FOURNIR MON NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE - INFORMATION OBLIGATOIRE CONFORMÉMENT AU PARAGRAPHE 237(2) DE LA LOI DE L'IMPÔT SUR LE REVENU - TEL QUE DEMANDÉ PAR LA COMMISSION SCOLAIRE.

SIGNATURE :

AUTORISATION POUR LES SORTIES

J'autorise la participation de mon enfant aux sorties organisées par le service de garde (activités au parc, ...) à l'exception des sorties en journée pédagogique où je devrai compléter le formulaire d'inscription à cet effet.

Signature du parent ou tuteur : _____ Date : _____



Service de garde en milieu scolaire

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom de l'élève : Francoeur Prénom : Didier

Sexe : F M No d'assurance maladie : FRA015092015 Date d'exp. : 2014-09

Nom du médecin traitant : Dr Santé

Adresse du médecin traitant : _____ Téléphone : _____

Établissement de santé : _____

FERMETURE DU SERVICE DE GARDE

Advenant une situation (exemple : inondation, bris, panne, tempête, etc.) où le service de garde se voit dans l'obligation de retourner votre enfant plus tôt, il est important de prévoir un lieu et de prévenir votre enfant de la démarche à suivre si cela devait se produire.

Adresse où conduire l'enfant dans son secteur (gardienne – voisin – grands-parents) Précisez : grand-père

Nom : Georges Tremblay Téléphone : (450) 777-7777

Adresse : 1136, Terrasse Sokil St-Colomban

Signature des parents : François Tremblay Date : 30.08.2011

AUTORISATION

❶ Par la présente, j'autorise le personnel du service de garde à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche. Cette fiche est à la disposition du personnel technicienne de l'école (direction de l'école, infirmier(ère), personnel du service de garde, hygiéniste dentaire, personnel enseignant, technicienne des premiers soins).

❷ J'autorise aussi la direction de l'école à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence et à faire transporter mon enfant chez le médecin ou à l'hôpital le plus près, s'il est impossible de rejoindre les parents.

❸ S'il survient des changements concernant la condition de santé de mon enfant en cours d'année scolaire, je m'engage à en informer le service de garde.

François Tremblay
Signature des parents ou tuteurs

30.08.2011
Date

REPLIR LE VERSO ET RETOURNER CETTE FEUILLE AU SERVICE DE GARDE

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA SANTÉ DE L'ÉLÈVE

(Guide 2)

Si votre enfant présente des problèmes importants de santé, veuillez communiquer avec la technicienne du service de garde dès la rentrée scolaire.

ASTHME

Votre enfant souffre-t-il d'asthme ? oui non
 Qu'est-ce qui déclenche l'asthme ?
 Rhume / grippe oui non
 Allergie oui non
 Autre(s) _____

Date de la dernière crise _____

A-t-il déjà nécessité des soins d'urgence ?
 oui non

Doit-il garder un ou des médicaments
 en permanence au service de garde? oui non

Si oui, lesquels ?

Nom dosage fréquence mode d'administration

Nom dosage fréquence mode d'administration

AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

	oui	non
■ maladie ou trouble cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
■ épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
■ diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
■ handicap	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
■ déficit d'attention <u>avec</u> ou sans hyperactivité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ problème visuel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ problème auditif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
■ autre problème de santé	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Précisions sur le problème de santé :

Votre enfant prend-il un ou des Médicament(s) régulièrement ?
 oui non

Si oui, le(s)quel(s) ?

Ritalin 1co midi comprimé
 Nom dosage fréquence mode d'administration

Nom dosage fréquence mode d'administration

Doit-il le ou les prendre au service de garde ?
 oui non

ALLERGIES

Votre enfant souffre-t-il d'allergies ? oui non
 Si oui, à quoi ?

poisson

Quelles réactions présente-t-il ?

	oui	non
■ plaques rouges sur le corps	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ urticaire généralisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ difficultés respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ difficulté à avaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ enflure des lèvres, de la langue et à l'intérieur de la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ nausées / vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ perte de conscience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre _____

Date de la dernière crise août 2011

A-t-il eu besoin de soins d'urgence ?

A-t-il eu besoin d'une injection d'ÉPIPEN ?

A-t-il besoin de médicaments d'urgence au service de garde ?

Si oui, le(s)quel(s) ?

Épipen Adulte 06-2012
 Nom dosage Date d'expiration

Nom dosage Date d'expiration

J'autorise les personnes ayant reçu une formation à administrer l'adrénaline (ÉPIPEN) lors d'une réaction allergique selon la prescription médicale.

oui non

Francis Tremblay
 Signature du parent ou tuteur

30-08-2011
 Date

É
P
I
P
E
N

Veuillez joindre une photo récente en plus de signer le formulaire «Autorisation de prise de médicaments».

Autorisation d'afficher la photo de mon enfant oui non

Si votre enfant a besoin de médicament(s) au service de garde, veuillez nous faire parvenir la prescription médicale en plus de signer le formulaire « Autorisation de prise de médicaments »..



Commission scolaire
de la Rivière-du-Nord

AUTORISATION À QUITTER SEUL FORMULAIRE Service de garde en milieu scolaire

Année scolaire
2011-2012

Extrait de la Loi sur l'instruction publique, règlement sur les services de garde en milieu scolaire :

D. 1316-98, article 14

Les membres du personnel du service de garde doivent s'assurer que chaque élève quitte le service avec son parent ou toute autre personne autorisée à venir le chercher, à moins que ce parent ait consenti, par écrit, à ce que celui-ci retourne seul à la maison.

Nom de l'élève : Didier Francoeur Année : 2011-2012

Par la présente, j'autorise le personnel désigné du service de garde Notre-Dame à laisser partir seul mon enfant à la maison. Je prends toutes responsabilités face aux événements qui pourraient survenir lors de son séjour à la maison seul et je dégage de toutes responsabilités le service de garde Notre-Dame suite au départ de mon enfant.

(Sélectionner l'autorisation choisie)

1. J'autorise mon enfant à partir seul en tout temps à compter de ____ h.
2. J'autorise mon enfant à partir seul uniquement suite à un appel de ma part.
3. J'autorise mon enfant à partir seul, veuillez préciser : à 15h30 pour aller chez sa tante.

Cette autorisation est valide de 25 09 2011 (Jour / mois / année) au 25 09 2011
ou jusqu'à ce qu'on confirme par écrit un changement à cette autorisation.

J'ai pris connaissance des conditions ci-dessus et celles mentionnées dans le document d'information destiné aux parents du service de garde Notre-Dame et je m'engage à les respecter.

Date : 24-09-2011

Signature du parent : P. Lavoie Tremblay

Signature de la technicienne : [Signature]

AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS 2011-12

Service de garde : Notre-Dame

Par la présente, j'autorise le personnel désigné du service de garde, à administrer le médicament suivant à Didier Francoeur.

Nom du médicament	Posologie	Traitement date début	Traitement date de fin	Heure	Autorisation
Ritalin 10 mg	1co	28-08-2011	23-06-2012	12h00	père : _____ mère : <u>x</u> _____ tuteur : _____
					père : _____ mère : _____ tuteur : _____

***S'assurer que le médicament prescrit est dans son contenant original

Françoise Tremblay

Nom en lettre moulée

Signature

