**IMPORTANT**

Le service de garde peut recevoir votre enfant seulement si cette fiche d’inscription est remplie au complet et retournée avant le début de la période de fréquentation désirée.

**DOSSIER DE L’ÉLÈVE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom  |   |
| Prénom |   |
| Adresse |   |
| Téléphone |   |
| Date de naissance |   |
| Utilisation autobus scolaire |  □ Oui □ Non |

**RÉSERVATION DE BASE- PÉRIODES DE FRÉQUENTATION PRÉVUES AU SDG**

En situation de garde partagée, les deux parents s’engagent à utiliser les mêmes périodes de fréquentation mentionnées dans ce tableau. Initiale du parent 1 Initiale du parent 2

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Périodes à cocher | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
| Matin, avant les classes |   |   |   |   |   |
| Après-midi, après les classes |   |   |   |   |   |

**JOURNÉE PÉDAGOGIQUE ET SEMAINE DE RELÂCHE (ceci n’est ni une inscription ni une réservation)**

Si le SDG était ouvert, l’utiliseriez-vous? □ OUI □ NON

La décision d’ouvrir lors de ces journées relève du service de garde. S’il y a lieu, vous recevrez une lettre d’invitation pour inscrire et réserver une place pour votre enfant à l’une ou l’autre de ces journées.

**PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L’ÉLÈVE (autres que les répondants)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom et prénom |   | Lien avec l'enfant |
| Téléphone |   |   |
| Nom et prénom |   | Lien avec l'enfant |
| Téléphone |   |   |

**NOM ET PRÉNOM DU PARENT PAYEUR (le relevé 24 lui sera remis)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No assurance sociale du parent : |  |  |  |  |
| Adresse : |  |  |  |  |
| Téléphone maison : |  |  |  |  |
| Téléphone cellulaire : |  |  |  |  |

**PERSONNE À CONTACTER EN CAS D’URGENCE (autres que les répondants)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Prénom et nom |  |  |  |  |
| Téléphone :  |  |  |  |  |

**AUTORISATION ET ENGAGEMENT À SIGNER**

EN CAS D’URGENCE, j’autorise le personnel du SDG à prendre les dispositions nécessaires relativement à la santé de mon enfant. J’accepte que mon enfant soit transporté en véhicule d’urgence, et ce, à mes frais, au centre hospitalier le plus près. □ OUI □ NON

J’autorise mon enfant à quitter seul le service de garde. □ OUI □ NON

Si oui, veuillez préciser l’heure de son départ du SDG, et ce, pour chacune des journées.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
|   |   |   |   |   |

**ENGAGEMENT DE L’AUTORITÉ PARENTALE**

J’atteste avoir reçu une copie des règles de fonctionnement du service de garde contenant les informations et les règlements généraux, ainsi que la grille de tarification. J’atteste avoir pris connaissance et, ce comme autorité parentale, je m’engage à en respecter les conditions.

Signature : Date :

Pour toutes questions, veuillez contacter Madame Nadia Roy, adjoint à la directrice générale au 819 362‑2225 poste 7. Vous pouvez-aussi faire parvenir votre formulaire complété par courriel au info@saintesophiedhalifax.com.