



# Service de Garde de l'Alizé

Lévis (Québec)  
(418) 839-7877

054

C.S.S. des Navigateurs

## FICHE D'INSCRIPTION 2024-2025

Vérifier toutes les sections et y apporter des modifications s'il y a lieu.

Pour une nouvelle inscription, complétez à gauche ou à droite. Formulaire RECTO-VERSO à signer obligatoirement.

### Détails du dossier de l'élève

#### Information actuellement au dossier de l'élève

##### Identification

Nom et prénom :

Prénom à l'état civil :

Garde partagée :

Oui  ou Non  % mère : \_\_\_\_\_ % père : \_\_\_\_\_

Date de naissance :

Sexe :

Sexe à l'état civil :

Rang familial :

Fiche :

Code permanent :

Son degré en sept. prochain sera : \_\_\_\_\_

Groupe repère :

Classe :

École fréquentée en sept. prochain : \_\_\_\_\_

Nom de l'enseignant(e) :

##### Dossier annuel

Payeur principal :

**N.-B. : Les relevés fiscaux sont émis au payeur des factures.**

Autorisé à quitter seul :

Oui

Heure : \_\_\_\_\_

Oui

Non

Heure : \_\_\_\_\_

Autorisé aux sorties hors de la cour d'école avec l'éducatrice :

Oui

Non

Oui

Non

Présent aux journées pédagogiques :

Oui

Oui

Non

### Coordonnées de la mère

Nom et prénom parent :

Répondant :

Oui

Oui

Non

Adresse/Code postal :

Résidence de l'élève :

Oui

Oui

Non

Numéro d'assurance sociale :

**NAS obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu. Si vous refusez de le fournir, malheureusement, nous ne pourrons vous remettre votre reçu**

Téléphone (maison) :

Téléphone (travail) :

Cellulaire / téléavertisseur :

Courriel : \_\_\_\_\_

### Coordonnées du père

Nom et prénom parent :

Répondant :

Oui

Oui

Non

Adresse/Code postal :

Résidence de l'élève :

Oui

Oui

Non

Numéro d'assurance sociale :

**NAS obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu. Si vous refusez de le fournir, malheureusement, nous ne pourrons vous remettre votre reçu**

Téléphone (maison) :

Téléphone (travail) :

Cellulaire / téléavertisseur :

Courriel : \_\_\_\_\_

### Personnes autorisées à venir chercher l'élève au SG et à ce qu'elles soient contactées en cas d'urgence

Nom, prénom et adresse	Contact	Tél. maison	Tél. travail 1	Tél. travail 2	Cellulaire

## FICHE D'INSCRIPTION 2024-2025

### Dossier médical

Numéro d'assurance maladie: \_\_\_\_\_ Date d'expiration du NAM: \_\_\_\_\_

Aucun problème de santé

Passez à la section suivante

Allergie À quoi Réaction(s) Médication à l'école

Asthme: Léger Moyen Sévère Médication à l'école \_\_\_\_\_

Diabète: Type1 Type2 Médication à l'école \_\_\_\_\_

Épilepsie: Oui Non Médication à l'école \_\_\_\_\_

Troubles cardiaques: Non Si oui, lequel: \_\_\_\_\_ Médication à l'école \_\_\_\_\_

Troubles de la vision: Lunettes Lentilles Autre

En permanence À l'occasion \_\_\_\_\_

Déficit d'attention : Oui ou Non ; avec ou sans hyperactivité ? / Médication à l'école : \_\_\_\_\_

### Réservation de base (Fréquentation au service de garde)

Date de début de la réservation de base : Année - Mois - Jour \_\_\_\_\_ ou  1re journée de classe

Statut de fréquentation :  Régulier  Sporadique

Heure d'ARRIVÉE PRÉVUE au service de garde : \_\_\_\_\_ Heure de DÉPART PRÉVUE du service de garde : \_\_\_\_\_

**Veillez cocher chaque période où votre enfant sera présent :**

Périodes	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin 07:00 à 07:55					
Midi 11:20 à 12:55					
Soir 15:20 à 18:00					

Quittera en autobus \_\_\_\_\_ ou Quittera à pied \_\_\_\_\_ ?

**J'ai pris connaissance des règlements du service de garde et m'engage à les respecter.**

**Je déclare que ces renseignements sont exacts et complets, à la présente date.**

**AUTORISATION :** En cas d'urgence (accident ou maladie), l'école prendra les mesures nécessaires afin de procurer les premiers soins et veillera au transport jusqu'au lieu de traitement si nécessaire. Les informations contenues dans cette fiche seront accessibles uniquement au personnel enseignant, non enseignant, personnel du S.G. de l'école et du personnel du CLSC dans l'exercice de leur fonction.

**TRANSPORT :** Vous devez savoir qu'un enfant inscrit au SG 5 jours semaine verra automatiquement son transport annulé pour la ou les périodes concernées (a.m. et p.m. ou seulement a.m. ou p.m.). Si la situation changeait en cours d'année, l'enfant pourra réintégrer le transport, dans un délai de 48 heures, sur préavis du parent.

D'autre part, les parents qui souhaitent conserver le transport malgré leur inscription 5 jours semaine, doivent communiquer avec les Services de transport pour demander le maintien du transport par courriel : st@csnavigateurs.qc.ca ou par téléphone : 418-838-8310 (sans frais Lotbinière : 418-796-0500).

**AUTORISATION AUDIO / VIDÉO, À REMPLIR PAR LE PARENT :**

J'autorise le personnel à prendre des photos ou filmer mon enfant. Je comprends que le service de garde pourrait afficher des photos dans l'établissement et les utilisateurs du service de garde pourraient visionner des productions.

**OUI**  **Signature du parent :** \_\_\_\_\_ **NON**



**Signature OBLIGATOIRE de l'autorité parentale**

**Date du jour**

« Veuillez noter que les relevés fiscaux sont émis au payeur des factures. Inscrire votre N.A.S. »