



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

Modifications à apporter au dossier

Identification

Élève :

Garde partagée : Oui

Oui Non

Date de naissance :

Sexe :

Rang familial :

Fiche :

Code permanent :

Groupe repère:

Classe:

Nom de l'enseignant(e) :

Son degré en sept. prochain sera :

Dossier annuel

Payeur principal :

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 de la mère :

Répondant : Oui

Oui Non

Adresse/Code postal de la mère:

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 du père :

Répondant : Oui

Oui Non

Adresse/Code postal du père:

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 |
|------------------------|---------|-------------|----------------|----------------|------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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 : _____

Autres / Commentaires / Recommandations: _____

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 :

Si votre enfant est présent à la période du préscolaire, veuillez inscrire le numéro d'autobus si vous le savez: _____

| Périodes | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
|---------------------|-------|-------|----------|-------|----------|
| Matin 07:00 à 07:50 | | | | | |
| Midi 11:20 à 12:50 | | | | | |
| Soir 15:15 à 18:00 | | | | | |

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 du 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).

J'ai lu et compris ce message () Initiales

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. »