

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

## Détails du dossier de l'élève

### Information actuellement au dossier de l'élève

#### Identification

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Prénom à l'état civil : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe : \_\_\_\_\_ Sexe à l'état civil : \_\_\_\_\_ Rang familial : \_\_\_\_\_

Fiche : \_\_\_\_\_ Code permanent : \_\_\_\_\_

Groupe repère : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Nom de l'enseignant(e) : \_\_\_\_\_

#### Dossier annuel

Payeur principal : \_\_\_\_\_

Autorisé à quitter seul : Oui ☐ Heure : \_\_\_\_\_

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

### Modifications à apporter au dossier

Garde partagée : Oui ☐ ou Non ☐

Si vous avez coché oui, vous devez compléter un formulaire de garde partagée.

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

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

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

Oui ☐ Non ☐ Heure : \_\_\_\_\_

Oui ☐ Non ☐

## Coordonnées du père

Nom et prénom parent : \_\_\_\_\_

Répondant : Oui ☐

Adresse/Code postal : \_\_\_\_\_

Résidence de l'élève : Oui ☐

Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_ NAS obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu.

Téléphone (maison) : \_\_\_\_\_

Téléphone (travail) : \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_

Oui ☐ Non ☐

Oui ☐ Non ☐

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

## Coordonnées de la mère

Nom et prénom parent : \_\_\_\_\_

Répondant : Oui ☐

Adresse/Code postal : \_\_\_\_\_

Résidence de l'élève : Oui ☐

Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_ NAS obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu.

Téléphone (maison) : \_\_\_\_\_

Téléphone (travail) : \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_

Oui ☐ Non ☐

Oui ☐ Non ☐

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 |
|------------------------|---------|-------------|----------------|----------------|------------|
| _____                  | _____   | _____       | _____          | _____          | _____      |
| _____                  | _____   | _____       | _____          | _____          | _____      |

SUITE  
AU  
VERSO

SUITE  
AU  
VERSO

## Dossier médical

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

Aucun problème de santé ☐

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 : ☐ 1re journée de classe **OU** Si autre date, merci de l'indiquer ici : \_\_\_\_\_

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 06:45 à 07:55 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Midi 11:25 à 12:55  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soir 15:20 à 17:45  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 :** 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.). L'enfant pourra réintégrer le transport, dans un délai de 48 heures, sur demande. 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.

**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 »