

# Fiche d'inscription - Service de garde en milieu scolaire

## Nouvelle inscription au CSSDM

SERVICE DE L'ORGANISATION SCOLAIRE  
SECTEUR SERVICES DE GARDE

**IMPORTANT :** Veuillez enregistrer le formulaire sur votre ordinateur avant de le remplir avec Adobe Reader ou à la main.  
Ne pas remplir le formulaire dans un navigateur Web. **SVP, remplir les deux pages.**

École : **Arc-en-ciel**

Année scolaire : **2025-2026**

### IDENTIFICATION

|                                                                       |  |                                    |                      |                                      |            |                                                                                                 |  |
|-----------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|----------------------|--------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nom de l'enfant                                                       |  | Prénom                             |                      | Date de naissance<br>Année Mois Jour |            | Sexe<br>F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/><br>Autre <input type="checkbox"/> |  |
| Langue parlée et comprise par l'enfant                                |  |                                    |                      |                                      |            |                                                                                                 |  |
| Adresse                                                               |  |                                    |                      | Code postal                          |            | Téléphone                                                                                       |  |
| Parent A Nom et prénom                                                |  | Répondant <input type="checkbox"/> | Téléphone à domicile | Téléphone au travail                 | Cellulaire |                                                                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Père<br><input type="checkbox"/> Mère        |  |                                    |                      |                                      |            |                                                                                                 |  |
| Adresse                                                               |  |                                    |                      | Code postal                          |            | Courriel                                                                                        |  |
| (*) N.A.S.:                                                           |  |                                    |                      |                                      |            |                                                                                                 |  |
| Parent B Nom et prénom                                                |  | Répondant <input type="checkbox"/> | Téléphone à domicile | Téléphone au travail                 | Cellulaire |                                                                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Père<br><input type="checkbox"/> Mère        |  |                                    |                      |                                      |            |                                                                                                 |  |
| Adresse                                                               |  |                                    |                      | Code postal                          |            | Courriel                                                                                        |  |
| (*) N.A.S.:                                                           |  |                                    |                      |                                      |            |                                                                                                 |  |
| Tuteur Nom et prénom                                                  |  | Répondant <input type="checkbox"/> | Téléphone à domicile | Téléphone au travail                 | Cellulaire |                                                                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Masculin<br><input type="checkbox"/> Féminin |  |                                    |                      |                                      |            |                                                                                                 |  |
| Adresse                                                               |  |                                    |                      | Code postal                          |            | Courriel                                                                                        |  |
| (*) N.A.S.:                                                           |  |                                    |                      |                                      |            |                                                                                                 |  |

\* Le numéro d'assurance sociale est obligatoire pour permettre au CSSDM de produire le Relevé 24 (crédit pour garde d'enfants).  
Ce relevé est transmis aux payeurs de factures et à Revenu Québec qui utilise le NAS comme identifiant unique des personnes.

(\*) Je, soussigné(e), refuse de fournir ou je n'ai pas de numéro d'assurance sociale tel que demandé par le Centre de services scolaire de Montréal (information obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu).

Signature parent A \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature parent B \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET AUTORISÉ À VENIR CHERCHER L'ENFANT (Autre que le répondant)

|                    |  |                      |                      |             |
|--------------------|--|----------------------|----------------------|-------------|
| Nom et prénom      |  | Téléphone à domicile | Téléphone au travail | Cellulaire  |
| Adresse            |  |                      |                      | Code postal |
| Lien avec l'enfant |  |                      |                      |             |

|                                                 |                                                                   |             |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------|
| L'élève demeure chez : <input type="checkbox"/> | Envoyez la correspondance à :                                     |             |
|                                                 | Nom                                                               | Prénom      |
|                                                 | Adresse (si différente de celle du père, de la mère ou du tuteur) | Code postal |

|                                              |                                              |                               |                               |                               |                               |                               |                               |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Maternelle 4 ans<br><input type="checkbox"/> | Maternelle 5 ans<br><input type="checkbox"/> | 1<br><input type="checkbox"/> | 2<br><input type="checkbox"/> | 3<br><input type="checkbox"/> | 4<br><input type="checkbox"/> | 5<br><input type="checkbox"/> | 6<br><input type="checkbox"/> |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|

☐ J'autorise mon enfant à quitter seul le service de garde à : (indiquer l'heure)

Je désire que mon enfant demeure à l'école jusqu'à l'arrivée de l'une de ces personnes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bloc du matin pour les primaires  
7h00 à 8h00

**CHOIX D'HORAIRE**  
(Mettre un X pour chacune des périodes de fréquentation)

| Type d'horaire |                  | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
|----------------|------------------|-------|-------|----------|-------|----------|
| Bloc du matin  | De 7h00 à 9h00   |       |       |          |       |          |
| Bloc du midi   | De 11h31 à 12h50 |       |       |          |       |          |
| Bloc PM*       | De 13h55 à 15h31 |       |       |          |       |          |
| Bloc du soir   | De 15h31 à 18h00 |       |       |          |       |          |

\* Le « Bloc PM » et le « Bloc du soir » font partie de la même période pour les fins de facturation aux parents.  
\*\* Voir la réglementation du SDG pour la tarification.

Heure d'arrivée prévue au bloc du matin : \_\_\_\_\_

Heure de départ prévue du bloc du soir : \_\_\_\_\_

|                                                       |       |      |      |
|-------------------------------------------------------|-------|------|------|
| Date du début de la fréquentation au service de garde | Année | Mois | Jour |
|                                                       |       |      |      |

#### AUTORISATION EN CAS D'URGENCE

EN CAS D'URGENCE, JE SOUSSIGNÉ(E) AUTORISE LE PERSONNEL DU SERVICE DE GARDE À ADMINISTRER EN SITUATION D'URGENCE, LES PREMIERS SOINS NÉCESSAIRES ET À PRENDRE LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA SANTÉ DE MON ENFANT.

|                         |                  |           |
|-------------------------|------------------|-----------|
| Conduire mon enfant à : | Nom de l'hôpital | Téléphone |
| Médecin traitant:       | Nom du médecin   | Téléphone |

L'enfant souffre-t-il d'une maladie, d'un handicap, d'une allergie alimentaire ou à un médicament?  
Oui ☐ Non ☐ (Si oui, préciser laquelle ou lesquelles)

Remarques:

#### AUTORISATION ET SIGNATURE

Je soussigné(e), affirme avoir pris connaissance des règlements du service de garde et je m'engage à les respecter et à défrayer les frais de garde. J'autorise la participation de mon enfant aux sorties organisées par le service de garde.

|                                  |       |      |      |
|----------------------------------|-------|------|------|
| Signature du parent ou du tuteur | Année | Mois | Jour |
|                                  |       |      |      |