

Fiche d'inscription Service de dîner

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 : **Le Plateau**

Année scolaire : **2025-2026**

IDENTIFICATION

Nom de l'enfant		Prénom		Date de naissance Année Mois Jour		Sexe F ☐ M ☐ Autre ☐	
Langue parlée et comprise par l'enfant							
Adresse				Code postal		Téléphone	
Parent A Nom et prénom		Répondant ☐		Téléphone à domicile		Téléphone au travail	
☐ Père ☐ Mère							
Adresse				Code postal		Courriel	
(*) N.A.S.:							
Parent B Nom et prénom		Répondant ☐		Téléphone à domicile		Téléphone au travail	
☐ Père ☐ Mère							
Adresse				Code postal		Courriel	
(*) N.A.S.:							
Tuteur Nom et prénom		Répondant ☐		Téléphone à domicile		Téléphone au travail	
☐ Masculin ☐ 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 _____

L'élève demeure chez : ☐		Envoyez la correspondance à :					
1. Parents A et B		Nom				Prénom	
2. Parent A							
3. Parent B		Adresse (si différente de celle du père, de la mère ou du tuteur)				Code postal	
4. Garde partagée							
5. Tuteur							
Maternelle 4 ans	Maternelle 5 ans	1	2	3	4	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mon enfant est véhiculé en autobus scolaire. Oui ☐ Non ☐							

En cas d'urgence, aviser une des personnes suivantes :			
Nom et prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone à domicile	Autre(s) téléphone(s)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

Type d'horaire	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	
BLOC DU MIDI PRÉSCOLAIRE						
BLOC DU MIDI PRIMAIRE						
BLOC PM*						
* 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.						
Date du début de la fréquentation au service de dîner				Année	Mois	Jour
				2025	8	27,00

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