

École de secteur : \_\_\_\_\_

### Identification de l'élève (selon l'acte de naissance)

Nom et prénom de l'élève : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ (aaaa-ms-jr)  
Sexe : \_\_\_\_\_ Fiche : \_\_\_\_\_ Code permanent : \_\_\_\_\_ Garde partagée : Oui

Votre enfant fréquente-t-il un autre service de garde du Centre de services scolaire des Patriotes? Si oui, veuillez indiquer le \_\_\_\_\_ de l'école.

Non Oui \_\_\_\_\_

Votre enfant est-il scolarisé dans un autre Centre de services scolaire? Si oui, veuillez indiquer le nom du Centre de services scolaire et le nom de l'école.

Non Oui \_\_\_\_\_

### Dossier annuel - 2025-2026

Nom et prénom de l'enseignant(e) : \_\_\_\_\_ Groupe-repère de l'élève : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_  
Code et nom de l'école : \_\_\_\_\_ Payeur principal : \_\_\_\_\_  
Autorisé à quitter seul : Oui ☐ Heure : \_\_\_\_\_ (h:min) Autorisé aux sorties extérieures : Oui ☐  
Transporté par autobus : matin \_\_\_\_\_ soir \_\_\_\_\_ Présent aux journées pédagogiques : Oui ☐

### Coordonnées du parent - mère père ou parent

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Répondant : Oui  
Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Résidence de l'élève : Oui  
Téléphone (maison) : \_\_\_\_\_ Téléphone (travail) : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_  
Lieu de travail : \_\_\_\_\_ Adresse courriel : \_\_\_\_\_

### Coordonnées du parent - mère père ou parent

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Répondant : Oui  
Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Résidence de l'élève : Oui  
Téléphone (maison) : \_\_\_\_\_ Téléphone (travail) : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_  
Lieu de travail : \_\_\_\_\_ Adresse courriel : \_\_\_\_\_

### Tuteur (le cas échéant)

Nom et prénom du contact : \_\_\_\_\_ Répondant : Oui  
Adresse du contact : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Résidence de l'élève : Oui ☐  
Téléphone (maison) : \_\_\_\_\_ Téléphone (travail) : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_  
Lieu de travail : \_\_\_\_\_ Adresse courriel : \_\_\_\_\_

### Personnes autorisées à venir chercher l'élève (autres que les parents : spécifier le lien avec l'enfant)

Nom, prénom	Adresse	Lien	Tél. maison	Tél. travail	Cellulaire
-------------	---------	------	-------------	--------------	------------

_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

## Personne à contacter en cas d'urgence (autre que les parents : spécifier le lien avec l'enfant)

### Fratrie inscrite au service de garde

Nom \_\_\_\_\_ Rang familial : \_\_\_\_\_  
Nom \_\_\_\_\_ Rang familial : \_\_\_\_\_

### Dossier médical

Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_  
Téléphone de l'hôpital (si nécessaire) : \_\_\_\_\_  
Médecin (si nécessaire) : \_\_\_\_\_

### Particularités

(Description - Choc - Épipen - Liste des médicaments - Autres)

### Allergies

Non

Oui

### Réservation de base (Service demandé)

Date de début de la réservation de base : \_\_\_\_\_

Heure d'ARRIVÉE PRÉVUE au service de garde : \_\_\_\_\_ (h:min)

Heure de DÉPART PRÉVUE du service de garde : \_\_\_\_\_ (h:min)

Le parent doit choisir entre le **service de garde ou le transport scolaire\*** (si applicable) pour la rentrée (AM) ou la sortie (PM). Pour des raisons de sécurité, le même service s'applique tous les jours de la semaine. Mon enfant utilisera le transport: AM PM

Si votre besoin est seulement pour la période du midi, votre enfant fréquentera automatiquement le service de surveillance du midi.

Si garde partagée, la facture sera émise selon le calendrier de la garde partagée OU selon le pourcentage suivant Mère % Père %

Mon enfant utilisera le service de garde aux périodes suivantes :

Périodes	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Midi - service de garde					
Midi - service des dîneurs					
Après-midi					

Horaire Variable ☐

### Notes supplémentaires :

- 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 date de la signature de la présente demande.
- J'autorise les responsables du service de garde à prendre les mesures nécessaires pour faire soigner mon enfant (transport à l'urgence, appel au médecin, etc.) en cas d'urgence (maladie soudaine, accident, etc.)
- \*Conformément aux critères d'admissibilité de la Politique relative au transport des élèves pour l'entrée et la sortie quotidienne des classes et de la Politique relative aux services aux dîneurs.

Veuillez noter que les relevés fiscaux sont émis aux payeurs de factures. (numéro d'assurance sociale obligatoire afin d'émettre les relevés fiscaux)

Nos formulaires ont été modifiés dans un objectif d'inclusivité et de considération de la diversité sexuelle et de genre. Nous tenons toutefois à vous informer que malgré les choix cochés, il est possible que vous receviez des documents et lettres avec les mentions « père » et « mère » puisque les logiciels du ministère de l'Éducation n'ont pas tous été modifiés à ce jour. Nous sommes désolés des désagréments causés par cette situation.

Signature de l'autorité parentale

Date

### À COMPLÉTER PAR L'ÉCOLE SELON LA FRÉQUENTATION DEMANDÉE PAR LE PARENT

Statut de fréquentation ☐ Régulier 3 à 5 jours ☐ Régulier 2 jours ☐ Régulier 1 jour ☐ À la période

Service de dîneurs ☐ Temps plein 4 à 5 jours ☐ Temps partiel 1 à 3 jours ☐ Occasionnel