

CONTRAT D'INSCRIPTION SERVICE DE GARDE

ANNÉE SCOLAIRE 2026-2027



Nom et prénom de l'enfant : _____

Sexe : M ☐ F ☐

Date de naissance (JOUR-MOIS-ANNÉE) : _____

Date du début de la fréquentation de votre enfant au service de garde _____ / _____ / _____
JOUR MOIS ANNÉE

L'adresse est la même que celle :

DU PÈRE ET DE LA MÈRE ☐ DE LA MÈRE ☐ DU PÈRE ☐ DU TUTEUR OU TUTRICE ☐

NIVEAU SCOLAIRE (COCHER LA CASE CORRESPONDANTE À L'ANNÉE DE LA PRÉSENTE INSCRIPTION)						
Préscolaire 4 ans 5 ans	1 ^{re} ANNÉES	2 ^e ANNÉES	3 ^e ANNÉES	4 ^e ANNÉES	5 ^e ANNÉES	6 ^e ANNÉES

IDENTIFICATION

Mère ☐ Tuteur ☐ Répondant de l'enfant : Oui ☐ Non ☐

Nom de la mère : _____ Prénom de la mère : _____

Adresse de la mère : _____ Code postal : _____

Numéro d'assurance sociale du père : _____ Numéro d'assurance sociale de la mère : _____

Téléphone rés. : _____ Travail : _____ Cell. : _____

Père ☐ Tuteur ☐ Répondant de l'enfant : Oui ☐ Non ☐

Nom du père : _____ Prénom du père : _____

Adresse du père : _____ Code postal : _____

Numéro d'assurance sociale : _____

Téléphone rés. : _____ Travail : _____ Cell. : _____

GARDE PARTAGÉE : NON ☐ OUI ☐ (si oui, remplir un contrat pour chaque parent)

GRILLE DE FRÉQUENTATION

RÉGULIER ☐ SPORADIQUE ☐ (cochez les périodes)

PÉRIODES	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN					
DÎNER					
APRÈS L'ÉCOLE					

• Heure prévue d'arrivée au service de garde : _____

• Heure prévue de départ du service de garde : _____

• FICHE DE SANTÉ

VOTRE ENFANT A-T-IL DES PROBLÈMES DE SANTÉ OU D'ALLERGIE?	OUI ☐ NON ☐
Si oui as-t-il un EpiPen? OUI ☐ NON ☐	Médication Oui ☐ Non ☐
DÉTAILS : _____	

Personne, autre que les parents, à contacter en cas d'urgence (s.v.p. prévenir la personne)
Nom et prénom de contact d'urgence : _____
Téléphone : _____ Travail : _____ Cellulaire : _____
Personne, autre que les parents, à contacter en cas d'urgence (s.v.p. prévenir la personne)
Nom et prénom de contact d'urgence : _____
Téléphone : _____ Travail : _____ Cellulaire : _____
Personne, autre que les parents, à contacter en cas d'urgence (s.v.p. prévenir la personne)
Nom et prénom de contact d'urgence : _____
Téléphone : _____ Travail : _____ Cellulaire : _____

Autorisation en cas d'urgence, maladie ou accident

En cas d'urgence, maladie ou accident, je soussigné, permets aux autorités scolaires d'agir en personne responsable auprès de mon enfant et de prendre les décisions jugées appropriées d'après les circonstances. Si le transport en ambulance ou en taxi était requis, celui-ci serait effectué à mes frais.

Signature du parent : _____ Date : _____

Autorisation de sortie

J'autorise mon enfant à faire des sorties de courte durée autour de l'école dans le cadre d'activités du service de garde (Parc du Grand-Héron, Parc de Glisse, ect)

Signature du parent : _____ Date : _____

- Je m'engage à prendre connaissance des règlements du service de garde et à les respecter.
- Je déclare que ces renseignements sont exacts et complets, à la présente date.
- J'autorise les responsables des services de garde à prendre les mesures nécessaires pour faire soigner mon enfant en cas d'urgence, de blessure, de maladie soudaine, etc. (transport par ambulance à l'hôpital, appel au médecin, etc.).
- Nous recommandons fortement au parent de disposer d'une assurance-accident pour leur enfant.
- Tous les renseignements concernant le fonctionnement administratif et les règles se retrouvent dans le document « **GUIDE DE FONCTIONNEMENT DU SERVICE DE GARDE DU VAL-JOLI** ».

SIGNATURE DU PARENT : _____

DATE : _____