

CHOIX D'HORAIRE

(Mettre un X pour chacune des périodes de fréquentation)

Type d'horaire		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Bloc du matin	à					
Bloc du midi	à					
Bloc du soir	à					

Heure d'arrivée prévue au bloc du matin _____ Heure de départ prévue du bloc du soir _____

Le reçu d'impôt sera émis au payeur des services reçus inscrit dans Avant-garde	Date du début de la fréquentation au service de garde	Année	Mois	Jour

En cas d'urgence, aviser une des personnes suivantes :

Nom et prénom	Adresse	Téléphone à domicile	Autre (s) téléphone (s)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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
Aviser le médecin traitant	Nom du médecin	Téléphone
L'enfant souffre-t-il d'une maladie, d'un handicap, d'une allergie médicamenteuse ou d'une allergie alimentaire? (Si oui, préciser laquelle ou lesquelles)		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Remarques :		

AUTORISATION

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	Date		
	Année	Mois	Jour

(* Je, soussigné(e), refuse de fournir mon numéro d'assurance sociale tel que demandé par la Commission scolaire (information obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu).

Signature _____	Date _____
Signature _____	Date _____