

La Vallée de nos amis

École Du Bois Joli

FICHE D'INSCRIPTION 2024-2025

Pour une nouvelle inscription, veuillez compléter les renseignements dans la partie de droite.

Détails du dossier de l'élève

Nouvelle inscription ou modifications à apporter au dossier

Identification

Élève :

Garde partagée :

Oui Non

Date de naissance :

Sexe :

Féminin : Masculin :

Fiche :

Code permanent :

Degré scolaire :

Dossier annuel

Autorisé à quitter seul :

Oui Heure : _____

Oui Non Heure : _____

Détails des contacts au dossier de l'élève

Coordonnées de la mère

Nom et prénom de la mère :

Répondant :

Oui

Oui Non

Adresse de la mère :

Résidence de l'élève :

Oui

Oui Non

Numéro d'assurance sociale :

Téléphone (maison) :

Téléphone (travail) :

Cellulaire / Téléavertisseur :

Adresse électronique :

(VOIR **NOTE ** OBLIGATOIRE POUR RELEVÉS FISCAUX)

Coordonnées du père

Nom et prénom du père :

Répondant :

Oui

Oui Non

Adresse du père :

Résidence de l'élève :

Oui

Oui Non

Numéro d'assurance sociale :

Téléphone (maison) :

Téléphone (travail) :

Cellulaire / Téléavertisseur :

Adresse électronique :

(VOIR **NOTE ** OBLIGATOIRE POUR RELEVÉS FISCAUX)

Autre contact (autorité parentale autre que les parents)

Nom et prénom du contact :

Répondant :

Oui

Oui Non Lien de parenté : _____

Adresse du contact :

Résidence de l'élève :

Oui

Oui Non

Numéro d'assurance sociale :

Téléphone (maison) :

Téléphone (travail) :

Cellulaire / Téléavertisseur :

Adresse électronique :

(VOIR **NOTE ** OBLIGATOIRE POUR RELEVÉS FISCAUX)

La Vallée de nos amis

École Du Bois Joli

FICHE D'INSCRIPTION 2024-2025

Personnes autorisées à venir chercher l'élève

Nom, prénom et adresse Contact Tél. maison Tél. trav1 Tél. trav2 Cellulaire

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom, prénom et adresse Contact Priorité Tél. maison Tél. trav1 Tél. trav2 Cellulaire

Dossier médical

Numéro d'assurance maladie :

Date d'expiration du NAM :

Médecin :

Dossier médical

Description Choc Épipen Liste des médicaments

Description

Liste des médicaments

Choc anaphylactique

Épipen

Notes dossier médical

Réservation de base (Fréquentation au service de garde)

Date de début de fréquentation de votre enfant : Première journée de classe ou le : _____

Heure d'ARRIVÉE PRÉVUE au service de garde : _____ Heure de DÉPART PRÉVUE du service de garde : _____

Fréquentera aux journées pédagogiques seulement

Périodes	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
AVANT-MIDI					
MIDI					
APRES-MIDI					

Veillez cocher «TOUTES LES CASES» correspondant à une présence prévue de votre enfant au service de garde.

Notes supplémentaires

Réservé au S.G.

Régulier :

Sporadique :

- Je déclare que ces renseignements sont exacts et complets, à la présente date.

- J'autorise le personnel de l'école 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.)

X

Signature de l'autorité parentale

Date

***** NOTE *****

Les relevés fiscaux sont émis aux payeurs des factures.

Refus de fournir le NAS

«Je, soussigné, refuse de fournir mon numéro d'assurance sociale - information obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu - tel que demandé par le centre de services scolaire.»

X

Signature

Date