



FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU SERVICE DE GARDE

Dossier de l'élève:

Élève : _____ Régulier ☐ Non-régulier ☐ Journée pédagogiques ☐
 \$10.00 / jour Conformément aux \$10.00 + 6.50 / jour
 procédures du service + frais d'activité

Date de naissance (aaaa-mm-jj): _____ Encercler le niveau

Pre-K	K	1	2	3	4	5	6
-------	---	---	---	---	---	---	---

Code permanent 000000 Genre: _____

Frère(s) et/ou sœur(s) inscrit au service de garde:

Garde partagé (séparé ou divorcé): Oui ☐ Non ☐

Payeur principal: ☐ Mère à _____% ☐ Père à _____% ☐ Autre (spécifié): _____

Information parentale:

Parent 1 Nom & prénom:

Adresse : _____

Résidence de l'élève: Yes ☐ No ☐

Veillez noter que les reçus fiscaux seront délivrés uniquement au payeur.

Numéro assurance social _____

NAS requis pour l'émission du feuillet RL-24 – Frais de garde d'enfants
Je refuse de fournir mon numéro d'assurance sociale. Initiales :

Téléphone (maison): _____

Téléphone (travail):

Cellulaire:

Courriel: _____

Parent 2 Nom & prénom:

Adresse : _____

Résidence de l'élève: Yes ☐ No ☐

Veuillez noter que les reçus fiscaux seront délivrés uniquement au payeur.

Numéro assurance social _____

NAS requis pour l'émission du feuillet RL-24 – Frais de garde d'enfants
Je refuse de fournir mon numéro d'assurance sociale. Initiales :

Téléphone (maison): _____

Téléphone (travail): _____

Cellulaire:

Courriel: _____

Information du tuteur:

Nom & prénom: _____

Liens avec la famille:

Adresse:

Résidence de l'élève: Yes ☐ No ☐

Numéro assurance social :

Téléphone (maison):

Téléphone (travail):

Cellulaire:

Courriel:

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher votre enfant ou à contacter en cas d'urgence (différente(s) de la personne indiquée ci-dessus) :

Priorité	Nom & prénom	Parenté	Téléphone maison	Téléphone 1	Téléphone 2	Cellulaire



Crestview Daycare

2026-2027

Crestview Elementary School



COMMISSION SCOLAIRE SIR-WILFRID-LAURIER
SIR WILFRID LAURIER SCHOOL BOARD

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU SERVICE DE GARDE

Information(s) médicale(s) / Allergies / Notes

Nom de l'hôpital

Nom du docteur :

Téléphone de l'hôpital :

Description / Allergie(s)

Choc

Epipen

Médications

Commentaire(s)

Réservation de base (Fréquence d'assiduité) :

Date de début de la réservation de base (aaaa - mm - jj) :

Statut de présence : Régulier

Non-régulier

Journée pédagogique seulement

☐☐☐

Fréquence régulière : au moins un jour par semaine et au moins deux périodes par jour, déjeuner compris. Les enfants inscrits cinq jours par semaine ne bénéficient pas de service de transport scolaire.

Veuillez indiquer ci-dessous, par un crochet, chaque période durant laquelle votre enfant sera présent.

Période		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Before school	06:50 à 08:50					
Lunch	12:20 à 13:20					
After school	15:50 à 18:00					

Les élèves inscrits ne peuvent alterner que deux fois par an, conformément à la politique de transport (clause 3.6.1.3).

J'autorise la garderie scolaire à transporter mon enfant par autobus scolaire ou par les transports en commun les jours d'enseignement.

J'autorise la garderie scolaire à transporter mon enfant en voiture uniquement en cas d'urgence.

Initial: _____

AUTORISATION SPÉCIALE

J'autorise mon enfant à quitter la garderie uniquement en compagnie d'une personne autorisée mentionnée sur ce formulaire.

Je reconnais par la présente que la garderie se réserve le droit d'empêcher une personne potentiellement en état d'ivresse de quitter les lieux avec mon enfant.

J'autorise le personnel de la garderie à prendre les mesures nécessaires pour s'occuper de mon enfant en cas d'urgence (maladie soudaine, accident). Cela inclut, si nécessaire, d'appeler un médecin ou d'organiser son transport à l'hôpital.

Initial: _____

J'ai reçu et lu le règlement intérieur du service de garderie scolaire et je m'engage à le respecter.

Je déclare que ces informations sont exactes et complètes.

Initial: _____

X _____

Signature de l'autorité parentale

Date

Signature du technicien de garderie

Date