



FICHE D'INSCRIPTION

Service de dîner

École : JEAN-BAPTISTE-MEILLEUR	Année scolaire 2017-2018
---------------------------------------	---------------------------------

IDENTIFICATION

Nom de l'enfant	Prénom	Date de naissance	Sexe
		Année Mois Jour	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Langue parlée et comprise par l'enfant :		Numéro d'assurance maladie	
Lieu de naissance :		Expiration	
		Année Mois	
Adresse		Code postal	Téléphone
Nom et prénom du père	Téléphone à domicile	Téléphone au travail	Téléavertisseur ou cellulaire
Adresse		Code postal	Courriel
(*) N.A.S. :			
Nom et prénom de la mère	Téléphone à domicile	Téléphone au travail	Téléavertisseur ou cellulaire
Adresse		Code postal	Courriel
(*) N.A.S. :			

L'élève demeure chez : # _____	Envoyer la correspondance à :						
1 : Son père et sa mère 2 : Son père 3 : Sa mère 4 : Garde partagée 5 : Autre :	Nom :		Prénom :				
	Adresse de correspondance (si différente de celle du père ou de la mère)				Code postal :		
Veillez cocher le degré de votre enfant :							
Pré-maternelle 4 ans	Maternelle 5 ans	1 ^{ère} année	2 ^e année	3 ^e année	4 ^e année	5 ^e année	6 ^e année

Le prix pour le service de surveillance des dîners est de 2,75\$ / par jour.

Pour le bien de tous, nous tenons à vous rappeler, de ne pas apporter des bouteilles en verre, des aliments contenant des noix et/ou des arachides.

Nous vous demandons également de bien vouloir fournir une boîte à lunch identifiée au nom de votre enfant, des ustensiles et un « ice-pack » ou tout autre objet permettant de garder au froid, le repas de votre enfant.

En cas d'urgence, aviser une des personnes suivantes :			
Nom et prénom	Adresse	Téléphone à domicile	Autre (s) téléphone (s)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

CHOIX D'HORAIRE
(mettre un X pour chacune des périodes de fréquentation)

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Bloc du midi :					

***Les relevés fiscaux sont émis aux payeurs de factures et le numéro d'assurance sociale est obligatoire.**

Nom du payeur : _____ **N.A.S. :** _____

Date du début de la fréquentation au service de dîner :	Année	Mois	Jour
	_____	_____	_____

AUTORISATION EN CAS D'URGENCE

EN CAS D'URGENCE, JE SOUSSIGNÉ-E AUTORISE LE PERSONNEL DU SERVICE DE DÎNER 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?
Oui Non

(Si oui, préciser laquelle ou lesquelles) _____

Remarque :

AUTORISATION

Je soussigné (e), affirme avoir pris connaissance des règlements du service de dîner et je m'engage à les respecter à défrayer les frais de dîner.

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