



Municipalité de Saint-Rosaire
Service d'animation
l'Étincelle des petits soleils



CONTRAT DE FRÉQUENTATION

FICHE D'INSCRIPTION POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2026-2027

Identification de l'enfant :

Nom et prénom de l'enfant : _____

Adresse complète : _____

N° de téléphone : _____

Date de naissance : _____ Sexe : ☐ M ☐ F

Niveau scolaire (maternelle à 6^e année) : _____

Journées de fréquentation prévues si régulier

Sporadique : ☐

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
PM – 15h à 18h					

Journées pédagogiques : ☐ Oui ☐ probable ☐ Non

Semaine de relâche : ☐ Oui ☐ probable ☐ Non

Identification des parents :

Mère ou tuteur/tutrice:

Nom et prénom : _____

Même adresse que l'enfant : ☐ Oui ☐ Non

Adresse complète (si différente de celle de l'enfant) : _____

N° de téléphone (maison) : _____ N° de téléphone (cellulaire) : _____

N° de téléphone (travail) : _____

Courriel : _____

Père ou tuteur/tutrice

Nom et prénom : _____

Même adresse que l'enfant : ☐ Oui ☐ Non

Adresse complète (si différente de celle de l'enfant) : _____

N° de téléphone (maison) : _____ N° de téléphone (cellulaire) : _____

N° de téléphone (travail) : _____

Courriel : _____

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom	N° de téléphone	Lien avec l'enfant

Personnes à contacter en cas d'urgence (autres que les parents) :

Nom	N° de téléphone	Lien avec l'enfant

Renseignements sur la santé de l'enfant :

Numéro d'assurance maladie : _____ Exp : _____

A-t-il des problèmes de santé qui nécessitent des soins particuliers? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels? _____

Prend-il des médicaments de façon régulière ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels? _____

Effets secondaires possibles des médicaments : _____

Votre enfant souffre-t-il d'allergies (médicaments ou aliments)? ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels? _____

Y a-t-il autre chose que nous devrions savoir au sujet de la santé de votre enfant?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, quoi? _____

Autorisations

J'autorise mon enfant à participer aux activités extérieures organisées par la responsable du service d'animation (sorties au parc, à la patinoire, etc.).

Signature du parent : _____ Date : _____

J'autorise la responsable du service d'animation à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence pour la santé de mon enfant.

Signature du parent : _____ Date : _____

➔ **Pour fin d'impôt :** Veuillez indiquer le numéro d'assurance social et le nom du parent qui réclame les frais de garde.

Si le montant est divisé entre les parents, chaque parent doit remplir un contrat.

Indiquez la répartition soit 50% ou selon utilisation,

Nom du parent : _____ # assurance social _____

☐ Je confirme avoir pris connaissance des règlements et informations du Service d'animation.

Les renseignements contenus dans cette fiche sont exacts et je m'engage à vous informer de tout changement.

Signature du parent : _____ Date : _____