





## INFORMATION SUR LA SANTÉ

Allergies (s'il y a lieu) :

\_\_\_\_\_

Médication à prendre régulièrement (s'il y a lieu) :

\_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant :

\_\_\_\_\_

## AUTORISATION EN CAS D'URGENCE, MALADIE OU ACCIDENT

En cas d'urgence, maladie ou d'accident, je soussigné(e), permets aux autorités scolaires d'agir en personne responsable auprès de mon enfant et de rendre les décisions jugées appropriées d'après les circonstances. Si le transport en ambulance ou en taxi était requis, celui-ci serait effectué à mes frais.

**Signature de l'autorité parentale:** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_

## AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées dans le cadre des activités du service de garde.  
Par exemple : Bibliothèque municipale, jeux d'eau, patinoire, piscine.

**Signature de l'autorité parentale:** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_

## AUTORISATION À L'ÉGARD DES RENSEIGNEMENTS

J'autorise la commission scolaire à rendre disponibles ces renseignements pour le personnel de l'école.

**Signature de l'autorité parentale :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_

## AUTORISATION À VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT

Veillez indiquer le nom des personnes autorisées à venir chercher votre enfant. (autres que les parents)

Nom : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

## PROCÉDURE EN CAS DE FERMETURE DURANT LA JOURNÉE

Je désire que mon enfant soit reconduit au service de garde : **OUI** \_\_\_\_\_ **NON** \_\_\_\_\_

- **SI OUI** : En tout temps : \_\_\_\_\_

- Seulement si c'est jour de fréquentation pour lui : \_\_\_\_\_

**Dans le cas de changements aux renseignements contenus dans ce formulaire, vous devez toujours nous les transmettre par écrit. (Modification de fréquentation)**

**Signature d'un parent :**

\_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_