

S.de G. Des Marguerite



100 bd de l'Île-des-Sœurs, Verdun, Qc

H3E 0C7

AVIS DE MODIFICATION DE LA FRÉQUENTATION

18 mai 2022

Nom et prénom de l'enfant : □

Numéro de fiche : 2558161 Groupe-repère : 099

Veillez remplir, signer et dater la section appropriée (modification ou fin) et la section transport.

Veillez prévoir un préavis de 5 jours ouvrables avant l'ajustement de la facturation et l'application des changements, incluant le transport.

Voici les périodes que vous avez réservées pour votre enfant. Date de début : 2022-09-02

Périodes et heures	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Avant les classes 07:15 à 08:00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Midi 11:40 à 12:55	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Après les classes 15:40 à 18:00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

SECTION A : MODIFICATION DE LA FRÉQUENTATION

Veillez cocher toutes les périodes correspondantes à vos besoins de garde (régulier, sporadique ou dîneur).

** L'élève inscrit au service de garde matin et soir, 5 jours par semaine, n'a pas droit au transport scolaire.

Périodes et heures	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Avant les classes 07:15 à 08:00					
Midi 11:40 à 12:55					
Après les classes 15:40 à 18:00					

Le changement est effectif à compter du □ _____
Date

SECTION B : FIN DE LA FRÉQUENTATION

Mon enfant cessera de fréquenter le service à compter du : _____
Date

SECTION C : TRANSPORT SCOLAIRE

Votre enfant a-t-il droit au service du transport scolaire ? Oui Non

Si oui, veuillez cocher les périodes correspondantes à vos besoins pour le service du transport scolaire :

Périodes	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
AM					
PM					

SIGNATURE DU RÉPONDANT

NOM DU RÉPONDANT Mère Père Autre

Date

Veillez retourner le formulaire au technicien ou à la technicienne du service de garde. Avis reçu par : _____
Initiales