S.V.P REMPLIR UNE TROUSSE PAR ENFANT

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMATION DE L’ENFANT** | |
| **NOM DE L’ENFANT:** | **DDN:** |
| **ADDRESSE:** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMATION DE PARENT/GARDIEN -PREMIER CONTACT** | |
| **NOM:** | **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE:** |
| **ADDRESSE:** | |
| **EMPLOYEUR:** | **NUMÉRO DE TRAVAIL:** |
| **COURRIEL:** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMATION DE PARENT/GARDIEN - DEUXIÈME CONTACT** | |
| **NOM:** | **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE:** |
| **ADDRESSE:** | |
| **EMPLOYEUR:** | **NUMÉRO DE TRAVAIL:** |
| **COURRIEL:** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **CONTACTS D’URGENCE /AUTORISER POUR RAMASSER** | |
| **NOM:** | **NOM:** |
| **RELATION:** | **RELATION:** |
| **TÉLÉPHONE:** | **TÉLÉPHONE:** |
| **NUMÉRO ALTERNATIVE:** | **NUMÉRO ALTERNATIVE:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **DEMANDE DE CONSENTEMENT DE PHOTO** | |
| Il y a plusieurs temps ou les photos des enfants seront pris, soit par les éducateurs, autres parents, ou membres du média. On aimerait avoir votre permission à utiliser les photos de votre enfant pour des levées de fonds, promotion de programme, médiaux sociaux et un variétés d’affichage artistique autour de la garderie/l’école. En indiquant avec un “**X**” dans la boîte à la droite, vous reconnaissez et donne permission pour prendre les photos. | |  | | --- | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONDITION DE SANTÉ / MÉDICAL (convulsion, diabète, asthme,trouble cardiaque/sang, etc)** | | | | | |
| **MÉDICAMENT REQUIS:** (ARTICLE AVEC UN #DIN) | | | | | |
| **INSTRUCTIONS:** | | | | | |
| **PLAN D’URGENCE COMPLÉTER:** | | OUI: |  | NON: |  |
| **ALLERGIE / SENSIBILITÉS** | | | | | |
| **NOURRITURE**: | **RÉACTION**: | | | | |
| **MÉDICAMENT**: | **RÉACTION**: | | | | |
| **INSECTE**: | **RÉACTION**: | | | | |
| **FEUILLE DE PLAN D’URGENCE D’ANAPHYLAXIE COMPLÉTER:** | | OUI: |  | NON: |  |
| **J’AUTORISE MA PERMISSION POUR LE PERSONNEL DE SJBCCAG POUR ORGANISER LES SOINS MÉDICAUX D’URGENCE POUR MON ENFANT SANS ACCORD IMMÉDIATE** | | | | | OUI |
| **REPOS (BAMBINS: LIT D’ENFANT PRÉSCOLAIRE: LIT D’ENFANT)** | | | | | |
| **INSTRUCTION SPÉCIALE:** | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **RECONNAISSANCE DU PARENT - S.V.P RELIRE**  **EN AJOUTANT VOTRE SIGNATURE ÉLECTRONIQUE, VOUS CONSENTEZ ET COMPREND CE QUI SUIT:** | |
| * J’AI LU LE GUIDE DE PARENT ET J’ACCEPTENT DE CONFORMER AUX POLITIQUES ET PROCÉDURES SPÉCIFIÉES. | * JE COMPRENDS QUE SJBCCAG PEUT REFUSER UN ENFANT EN RAISON D’'AGRESSION PHYSIQUE/VERBALE ENVERS LE PERSONNEL OU AUTRES ENFANTS OU SI LA SÉCURITÉ DE L’ENFANT/AUTRES EST EN PÉRIL. |
| * MON ENFANT EST CAPABLE DE PARTICIPER DANS TOUS LES ACTIVITÉES DE LA JOURNÉE | * JE NE TIENS PAS LE PERSONNEL OU VOLONTAIRE DE SJBCCAG RESPONSABLE DES ACCIDENTS QUI SURVIENNENT PENDANT LA JOURNÉE |
| * JE DONNE LE CONSENS AU PERSONNEL DE SJBCCAG DE PARTAGER ET COMMUNIQUER AVEC L’ÉCOLE AU SUJET QUI CONCERNE MON ENFANT | * JE COMPRENDS L’OBLIGATION LÉGALE DU PERSONNEL DE SJBCCAG DE DÉNONCER DE L’ABUS PRÉSUMÉS |
| * JE DONNE LA PERMISSION À MON ENFANT DE PARTICIPER À DES SORTIES SUPERVISÉES | * JE CONSENS AU PERSONNEL DE SJBCCAG DE METTRE LA CRÈME SOLAIRE / INSECTIFUGE |
| * JE NE TIENDRA PAS SJBCCAG RESPONSABLE DES OBJETS VOLÉS OU PERDUS | * JE COMPRENDS QU’UNE SURCHARGE DE $20 POUR CHAQUE 10 MINUTES PAR ENFANT S’APPLIQUERA LORSQUE MON ENFANT EST RAMASSÉ APRÈS LA FERMETURE DU CENTRE |
| **NOM:** | **DATE:** |

|  |
| --- |
| **INSCRIPTION** |

**S.V.P INDIQUER DANS LA BOÎTE CORRESPONDANT LES INITIALS DE VOTRE ENFANT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BOSCO** | **ANGE - GABRIEL** | **ST. FRANCIS** | **JL JORDAN** |
|  |  |  |  |

**S.V.P INDIQUER DANS LA BOÎTE CORRESPONDANT LES INITIALS DE VOTRE ENFANT**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BAMBIN**  (12 MOS - 2.5 ANS) | **PRÉSCOLAIRE**  (2 ANS - 4ANS) | **MAT/JAR**  (4-6 ANS) | **PARASCOALIRE JR**  (6-9 ANS) | **PARASCOLAIRE SR**  (9-12 ANS) |
|  |  |  |  |  |

**S.V.P INDIQUEZ LE SERVICE DE GARDE REQUIS POUR VOTRE ENFANT (SELECTIONNER TOUT CE QUI APPLIQUE)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TEMPS PLEIN**  **(5 JOURS/SEMAINE)** | **TEMPS PARTIEL**  **(<5 JOURS/SEMAINE)** | **HORAIRE IRRÉGULIER (JOURS/SEMAINE QUI CHANGENT)** | **AVANT L’**É**COLE** | **APRES L’**É**COLE** |
|  |  |  |  |  |
| **INDIQUEZ LES JOURS REQUIS POUR TEMPS PARTIEL: LUN 𑂽 MARDI 𑂽 MERCREDI 𑂽 JEUDI 𑂽 VENDREDI 𑂽** | | | | |
| **LES FAMILLES AVEC LES JOURS IRRÉGULIER SONT REQUIS DE SOUMETTRE UN CALENDRIER AVEC LES DATES UNE SEMAINE AVANT LE DÉBUT DE CHAQUE MOIS POUR VOTRE FACTURE ET HORAIRE DE CLASSE.** | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PAIEMENT** | | **INITIALE** |
| **DÉPÔT DE 2 SEMAINES** | **OBLIGATOIRE À L’INSCRIPTION. SEULEMENT REMBOURSABLE SI L’ENFANT COMMENCE LE SERVICE DE GARDE** |  |
| **FRAIS D’ACTIVITÉ** | **FACTURER EN SEPTEMBRE ET JUILLET ($25/ENFANT)** |  |
| **FRAIS D’INSCRIPTION** | **PAIEMENT IMMÉDIATE, NON REMBOURSABLE, NOUVELLES FAMILLES SEULEMENT** |  |
| **FACTURES MENSUELLES** | **PAIEMENT DÛ À LA RÉCEPTION ( CONSIDÉRÉ EN SOUFFRANCE SI PAS PAYÉ EN COMPLET PAR LA FIN DU MOIS)** |  |
| **J’AI RELUS ET COMPRIT LE POLITIQUE DE FRAIS COMME INSCRIT DANS LE GUIDE DE PARENT DE SJBCCAG** | |  |

|  |
| --- |
| ***Usage du bureau*** Date d’inscription:                                               Date de libération: |