

GARDERIE LE BOUT D'CHOUX

98 Essex Street M6G1T3 ;

4169609929

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

2019-2020

GARDERIE LE BOUT D'CHOUX

Nom de l'enfant							
SEXE	M [] F []	Date de naissance					
			JJ	MM	AAAA		
Adresse postale							
Ville				Code postal			
Courriel							
Date d'entrée				Date retirée			
	JJ	MM	AAAA		JJ	MM	AAAA
INFORMATION FAMILIALE							
		MÈRE			PÈRE		
NOM							
Adresse							
#Téléphone		()			()		
#Cellulaire		()			()		
Employeur							
Adresse							
#Téléphone		()		#Poste_____	()		#Poste_____
Langue maternelle							
Langue (s) parlées à la maison							
L'enfant habit avec	Mère[]	Père[]			Autres[]		
Reçu d'impôt	Mère[]	Père[]			Autres[]		
COCHEZ LE SERVICE DE JOURNÉES PROLONGÉES DÉSIRÉ							
Bambin []	Lundi []	Mardi []	Mercredi []	Jeudi []	Vendredi []	plein [] partie []	
Prescolaire []	Lundi []	Mardi []	Mercredi []	Jeudi []	Vendredi []	plein [] partie []	
Avant []	Lundi []	Mardi []	Mercredi []	Jeudi []	Vendredi []		
Après []	Lundi []	Mardi []	Mercredi []	Jeudi []	Vendredi []		
Frais d'inscription :		Journées pédagogiques []			Congés scolaires relâche [] Été []		
INFORMATION MEDICALE							
Allergie					Symptômes à remarquer		
Problème ou besoins particuliers (régime, repos, exercice)							
Maladies contagieuses contactées							
Médecin de l'enfant					Tél.	()	
Adresse					Ville	Code Postal	
Personne à contacter en Cas D'URGENCE/ RETARD : (autre que le parent)							
Nom					Lien :		
Adresse					Ville	Code Postal	
Téléphone		()	()		Travail	()	#Poste_____
#Cellulaire							

GARDERIE LE BOUT D'CHOUX
98 Essex Street M6G1T3 ;
4169609929

GARDERIE LE BOUT
D'CHOUX
98 Essex Street
M6G1T3 ;
4169609929

	1. Personne autorisée à raccompagner l'enfant	2. Personne autorisée à raccompagner l'enfant	
Nom			
Adresse			
#Tél. Domicile	()	()	
#Tél. Travail	()	#Poste _____	#Poste _____
#Cellulaire	()	()	

PERMISSION <<MÉDICAL>>

En cas d'urgence, je donne ma permission à la garderie de conduire mon enfant au centre hospitalier le plus près ou l'accompagner en ambulance et d'accepter tout traitement médical, anesthésie ou autres procédés médicaux considérés nécessaires par le médecin, pour le bien-être de mon enfant. Je comprends que je serai contacté le plus tôt possible ou immédiatement après l'accident.

Signature du parent ou tuteur _____ Date _____

PERMISSION <<SORTIE>>

Je permets à mon enfant de participer aux petites excursions organisées et supervisées par la garderie. Je comprends que ces sorties se feront à pieds. Cette permission comprend les promenades au par cet l'usage de l'équipement au terrain de jeux ainsi que les excursions dans le quartier de la garderie. Pour les sorties éloignées nécessitant le transport par autobus ou autres, je comprends que j'aurai signer une autre lettre de permission.

Oui Non - Signature du parent ou tuteur _____ Date _____

<<CONSENTEMENT>>

Je, soussigné _____, consens à ce que le personnel de la garderie le bout d'Choux avec le personnel de L'Ecole Sacré cœur afin de partager de l'information pertinente qui pourrait contribuer au développement harmonieux de mon enfant dans son milieu de garde.

Oui Non - Signature du parent ou tuteur _____ Date _____

GARDERIE LE BOUT D'CHOUX
98 Essex Street M6G1T3 ;
4169609929

PHOTO

La garderie le bout d'Choux, nous visons plusieurs activités tout au long de l'année. Afin d'informer les parents et la communauté de nos réalisations, nous souhaitons faire paraître des photos de temps à autres. Nous nous assurons qu'aucun nom d'enfant n'y apparaîtra. Comme votre enfant pourrait se retrouver sur une des ces photos et parce que la loi l'exige, nous devons obtenir l'autorisation d'un parent avant de publier ces photos. Ces photos. Cette autorisation sera valable pour l'année 2019-2020.

Vidéo : Oui () non ()	Cédéroms : Oui () non ()	Site web/Facebook de l'école et/ou CSCMONAVenir : Oui () non ()
Annonces publicitaires / journaux/dépliants Oui () non ()		Publications internes : Oui () non ()

J'accepte que mon enfant soit photographié Je refuse que mon enfant soit photographié

Signature du parent ou tuteur _____ Date _____

GARDERIE LE BOUT D'CHOUX

98 Essex Street M6G1T3 ;

4169609929

RESPECT DES RÈGLEMENTS

J'ai lu le document <<Philosophie et règlements>> de la garderie LE BOUT D'CHOUX. Nous adhérons à la philosophie et nous nous engageons à respecter toutes les politiques et les procédures de la garderie ainsi que les règlements .

Oui Non

Signature du parent ou tuteur _____ Date _____

FERMETURE

Il est entendu que si la garderie LE BOUT D'CHOUX doit fermer ses portes une journée pour des raisons incontrôlables (comme les intempéries et autres) aucune journée ne sera remboursée ou créditée. Pour toute fermeture entraînant trois jours consécutifs ou plus, le CA étudiera la possibilité de compenser les familles.

Signature du parent ou tuteur _____ Date _____

Date : _____

**GARDERIE LE BOUT D'CHOUX
98 Essex Street M6G1T3 ;
4169609929**

To WHOM IT MAY CONCERN:

Please be advised that the undersigned is the parent of _____
And does by this instrument authorize A REPRESENTATION OF THE GARDERIE LE BOUT D'CHOUX
acting loco parentis, to sign such instruments as are necessary to permit the treatment of such child in
general, and specifically , in case of accident or illness may, acting where possible upon the advice of
our family physician specified below , authorize the staff of any hospital to perform such medical
treatment , surgical operation and administration of anesthetics as it deems necessary for the good
health of the child.

Parents of the child

Family physician's / telephone

Authorized person (in the absence of the supervisor)
