

INFORMATION DE L'ENFANT					
Nom;	D.D.N	Téléphone:			
Adresse domicile:	Ville:	Code Postal:			
Docteur:	Télé:	Adresse:			
MÈRE €	BÈLLE-MÈRE €	PÈRE €	BEAU-PÈRE €	PARTENAIRE €	GUARDIAN €
Nom:	Télé: même que l'enfant	Courriel			
Adresse domicile: même que l'enfant <input type="checkbox"/>					
Cell:	Travaille	Alternate:			
Employeur <input type="checkbox"/> travaille autonome					
adresse employeur		Ville	Code Postal		
MÈRE €	BÈLLE-MÈRE €	PÈRE €	BEAU-PÈRE €	PARTENAIRE €	GUARDIAN €
Nom:	Télé: même que l'enfant	Courriel			
Adresse domicile:					
Cell: même que l'enfant <input type="checkbox"/>	Travaille	Subsition:			
Employeur <input type="checkbox"/> travaille autonome					
adresse employeur maison		Ville	Code Postal		
CONTACTS D'URGENCE					
VOUS DEVEZ NOMMER 2 CONTACTS EN CAS D'URGENCE					
Nom:			Nom:		
Relation:			Relation:		
Télé:			Télé:		
# de substitution			# de substitution		
AUTRES PERSONNES AUTORISÉ POUR RAMASSER					
Nom:		Nom:		Nom:	
Relation:		Relation:		Relation:	
Télé:		Télé:		Télé:	
PERSONNES NON-AUTORISÉ POUR RAMASSER					
DOCUMENTS D'ACCORD DE GARDE DOIVENT ÊTRE DANS LE DOSSIER À LA GARDERIE					
Nom:		Nom:		Nom:	
Relation:		Relation:		Relation:	
ALLERGIES OU DES BESOINS ALIMENTAIRES PARTICULIERS					
SI VOTRE ENFANT EST ANAPHYLACTIQUE, VOUS DEVEZ REMPLIRE LE FORMULAIRE D'URGENCE DE L' ANAPHYLAXIE					
Allergies alimentaires:			Réaction:		
Allergies aux médicaments:			Réaction:		
Allergies aux insectes:			Réaction:		
Intolérances alimentaires:			Réaction:		

## QUESTIONS DE SANTÉ

Est-ce que votre enfant a des conditions médicales qui nécessitent l'attention médicale

Conditions particulières (p. ex. saignées, piqûres d'abeilles, diabète, trouble hémorragiques ou autre) s'il vous plaît

Médicaments Requis (spécifique)

Est-ce que votre enfant a des besoins physiques ou du développement?

oui

non

Expliquer:

## CONSENTEMENT DE PHOTOS

Il y a divers moments quand les photos des enfants seront prises, soit par les enseignants, des parents, ou les membres du médias. Nous tenons votre permission d'utiliser ces photos de votre enfant pour la collecte de fonds, promotion du programme, médias sociaux et diverses manifestations artistiques autour de la garderie.

- Je consens Pour SJBAG de prendre des photos de mon enfant et les utiliser pour la collecte de fonds, médias sociaux et la promotion des activités à la garderie
- Je ne consens pas

Signature:

Date: d d / m m m / y y y y

## RECONNAISSANCE DU PARENT

J'ai lu le manuel de parent et acceptent de conformer aux règles et réglementations spécifiées

Je ne tiens pas le personnel de SJBAG responsable des accidents qui survient pendant la journée

Mon enfant est capable de participer dans tous les activités de la journée

Je comprends l'obligation légale du personnel de SJBAG de dénoncer des abus présumés

Je donne le consentement au personnel de SJBAG de partager et communiquer avec l'école des éléments qui concerne mon enfant

Je comprends que SJBAG peut refuser un enfant en raison de l'agression physique ou verbale envers le personnel ou autres enfants ou si la sécurité de l'enfant/ d'autres est en péril.

Je donne ma permission pour mon enfant de participer à des sorties

Je comprends qu'une surtaxe de \$10 pour chaque 10 minutes s'appliquera lorsque les enfants sont ramassés après la fermeture de la

Je ne tiendra SJBAG responsable des objets perdus ou volés

Signature:

Date: d d / m m m / y y y y

## TRANSPORTATION URGENTE

J'autorise ma permission pour le personnel de SJBAG pour organiser les soins médicaux d'urgence pour mon enfant sans accord immédiat.

Signature:

Date: d d / m m m / y y y y

## REGISTRATION

SITE COCHER	PROGRAMME	SOINS REQUIS	AVANT ET APRÈS L'ÉCOLE
<input type="checkbox"/> BOSCO	<input type="checkbox"/> BAMBINS(18 M-2.5 ANS)	<input type="checkbox"/> TEMPS PLEIN(LUN-VEN)	ENFANT PARASCOLAIRE
<input type="checkbox"/> ANGE GABRIEL	<input type="checkbox"/> PRÉSCOLAIRES(2.5-4ANS)	<input type="checkbox"/> TEMPS PARTIEL	<input type="checkbox"/> AVANT SEULEMENT
<input type="checkbox"/> ST. FRANCIS	<input type="checkbox"/> MAT/JARDIN (4-6 ANS)	LUN. MAR. MER. JEU. VEN.	<input type="checkbox"/> APRÈS SEULEMENT
<input type="checkbox"/> JL JORDAN	<input type="checkbox"/> PARASCOLAIRES JR (1,2 )	<input type="checkbox"/> HORAIRE MENSUELLE	<input type="checkbox"/> AVANT ET APRÈS
	<input type="checkbox"/> PARASCOLAIRES SR(3-6)	(CALENDRIER FOURNIS)	

DÉPÔT 2 SEMAINES EST EXIGÉ LORS DE L'INSCRIPTION, REMBOURSABLE SEULEMENT SI L'ENFANT COMMENCE

FRAIS D'ACTIVITÉ VOUS SEREZ FACTURÉ EN SEPT/JUILLET \$25.00

FRAIS D'INSCRIPTION REQUIS IMMÉDIATEMENT/PAS REMBOURSABLE

FACTURE MENSUELLE LE PAIEMENT EST DÛ À LA RÉCEPTION (CONSIDÉRÉ COMME EN SOUFFRANCE SI N'EST PAS PAYÉ PAR LA FIN DU MOIS)

SIGNATURE

DATE

Usage du bureau

Date d'inscription:

Date de libération: