

CENTRE DE LA PETITE ENFANCE DE TILBURY

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

DATE DÉBUT: _____ DATE FIN: _____

NOM DE L'ENFANT: _____
(Nom de Famille) (Prénom)

DATE DE NAISSANCE: _____ SEXE: _____
(mm / jj / aa)

ADRESSE: _____
(Inscrire votre code postal)

CODE POSTAL: _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE: _____

PARENTS	MÈRE / GARDIEN	PÈRE / GARDIEN
NOM:	_____	_____

ADRESSE:	_____	_____
----------	-------	-------

NUMERO DE TÉLÉPHONE:	_____	_____
----------------------	-------	-------

NUMÉRO CELLULAIRE:	_____	_____
--------------------	-------	-------

ADRESSE COURRIEL : _____
(Votre facture sera envoyée à votre adresse courriel une fois par semaine)

LIEU DE TRAVAIL _____	LIEU DE TRAVAIL _____
-----------------------	-----------------------

ADRESSE AU TRAVAIL _____	ADRESSE AU TRAVAIL _____
--------------------------	--------------------------

NUMÉRO TÉLÉPHONE TRAVAIL _____	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE TRAVAIL _____
--------------------------------	-----------------------------------

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE AUTRES QUE LES PARENTS.

NOM _____	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE: _____
-----------	----------------------------

NOM _____	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : _____
-----------	-----------------------------

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT.

NOM _____	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE: _____
-----------	----------------------------

NOM _____	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE: _____
-----------	----------------------------

CENTRE DE LA PETITE ENFANCE DE TILBURY

CONSENTEMENT DES PARENTS

CELA NE SERA UTILISÉ POUR EXTRÊME URGENCE SEULEMENT, TOUS LES EFFORTS SERONT FAITS POUR VOUS JOINDRE.

NOM DE L'ENFANT: _____

DATE: _____

JE DONNE MON CONSENTEMENT POUR QUE MON ENFANT SOIT EXAMINÉ PAR LE MÉDECIN AU BESOIN.

SIGNATURE DU PARENT/GARDIEN: _____

NUMERO DE CARTE DE SANTÉ DE L'ENFANT: _____

VACCINATION DE L'ENFANT À DATE? _____

VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL DE TROUBLES D'ALLERGIES , MÉDICAL OU ÉMOTIONNEL:

VOTRE ENFANT A-T-IL DES PROBLÈMES DE PAROLE OU D'AUDITION? _____

VOTRE ENFANT PREND-IL DES MÉDICAMENTS REGULIÈREMENT; Si OUI, PRÉCISEZ: _____

NOM DU MÉDECIN: _____

ADRESSE DU MÉDECIN: _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE: _____

PRÉFÉRENCE D'HOPITAL: _____

\CENTRE DE LA PETITE ENFANCE DE TILBURY

CONTRAT

JE, _____ LE PARENT DE _____

AVOIR LU ET COMPRIS LA POLITIQUE DU CENTRE POUR LES TOUT PETITS DE TILBURY. MA RÉSERVATION AU CALENDRIER DOIT ÊTRE PRÉSENTE AVANT-MIDI LE JEUDI PRÉCÉDANT TOUTE MODIFICATION APPORTÉE APRÈS JEUDI MIDI SERA ASSUJETTI À UNE REDEVANCE URGENCE DE \$10.00 PAR ENFANT.

J'AI LU ET COMPRIS LA POLITIQUE DU CENTRE DE TILBURY CONCERNANT LES VACANCES ET RETRAIT DU PROGRAMME ET POLITIQUE GÉNÉRALE CONCERNANT LE SOIN DE MON ENFANT.

JE SUIS D'ACCORD DE PAYER LES TAUX CI-DESSOUS POUR CHAQUE ENFANT.

JE PRÉFÈRE QUE MON PAIEMENT SOIT PAR:
SEMAINE: _____ DEUX SEMAINE: _____

SIGNATURE DU PARENT: _____

SIGNATURE DU SUPERVISEUR: _____

TAUX POUR ÉCOLE ST MARIE & PAINCOUT HUB

	PLEINE JOURNÉE	DEMIE-JOURNÉE (5 HOURS)
BÉBÉ	\$36.00	
TOUT-PETIT	\$31.00	\$23.00
PRÉ-SCOLAIRE	\$29.00	\$21.00
AGE SCOLAIRE	\$25.00	

TAUX POUR TOUS LES AUTRES SITES

	PLEINE JOURNÉE	DEMIE-JOURNÉE (5 HOURS)
BÉBÉ	\$35.00	
TOUT-PETIT	\$30.00	\$22.00
PRÉ-SCOLAIRE	\$28.00	\$20.00
AGE SCOLAIRE	\$25.00	

HORAIRE D'AVANT ET OU APRÈS L'ÉCOLE \$4.00 DE L'HEURE PAR ENFANT.

** Sous réserve de changement avec un pré-avis d'un (1) mois.

CENTRE DE LA PETITE ENFANCE DE TILBURY

DEMANDE D'AUTORISATION

DATE: _____

JE CONSENS À: _____

1) JE, PAR LA PRÉSENTE DONNE LA PERMISSION À MON ENFANT DE PARTICIPER À L'ÉVALUATION ET AUX PHOTOGRAPHIES QUI A RAPPORT AVEC LA GARDERIE.
(EXEMPLE: JOURNAL. BANDES VIDÉO OU ÉVÈNEMENTS SPÉCIAUX)

2) JE, PAR LA PRÉSENTE DONNE LA PERMISSION À MON ENFANT DE PARTIR AVEC LES PRÉPOSÉES DU SERVICE DE GARDE, POUR LES MARCHES DANS LE VOISINAGE, VOYAGE D'ÉTUDE DANS UN VÉHICULE AUTORISÉ.

3) JE, PAR LA PRÉSENTE DONNE LA PERMISSION À LA DIRECTION OU AU DIRECTEUR PROVISOIR DE PRENDRE N'IMPORTE QUELLE MESURE NÉCESSAIRE POUR OBTENIR DES SOINS D'URGENCE MÉDICALE SI JUSTIFIÉE. CETTE MESURE PEUT INCLURE CE QUI SUIT: APPELER UNE AMBULANCE, EMPORTER VOTRE ENFANT À UNE URGENCE DE L'HÔPITAL OU UNE CLINIQUE MÉDICALE AVEC L'ACCOMPAGNEMENT D'UNE PRÉPOSÉE DU SERVICE DE GARDE. .

SIGNATURE DU PARENT/GARDIEN