

FICHE D'INSCRIPTION

CPE au pays de Cornemuse

11 rue Roy, Gatineau (Québec) J8Y 6X6 / 46 boulevard Saint-Raymond, Gatineau (Québec) J8Y 1R7

Téléphone: (819) 773-7383 Télécopieur: (819) 773-7381

Date d'entrée en service : _____ Installation: _____

INFORMATION SUR L'ENFANT

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse postale : _____

Ville : _____ Province : Québec Code Postal : _____ - _____

Numéro de téléphone : (_____) _____ - _____ Langue comprise et parlée : _____

Date de naissance : aaaa / mm / jj Numéro d'assurance maladie : _____

Journées de fréquentation : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Exp: _____ / _____

Heures d'arrivée et de départ approximatives : de _____ à _____

INFORMATION SUR LA MÈRE DE L'ENFANT

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse postale : _____

Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____ - _____

Téléphone : Résidence (_____) _____ - _____ Cellulaire (_____) _____ - _____ Travail (_____) _____ - _____

Langue parlée et comprise : _____ Employeur : _____

Courrier électronique : _____

INFORMATION SUR LA PÈRE DE L'ENFANT

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse postale : _____

Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____ - _____

Téléphone : Résidence (_____) _____ - _____ Cellulaire (_____) _____ - _____ Travail (_____) _____ - _____

Langue parlée et comprise : _____ Employeur : _____

Courrier électronique : _____

CONTACTS D'URGENCE

Personnes autorisées à venir chercher votre enfant ou à contacter en cas d'urgence (2 obligatoires)

Prénom : _____ Nom : _____ Lien de parenté : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Province : _____

Code Postal : _____ - _____ Téléphone : Résidence (_____) _____ - _____ Autre (_____) _____ - _____

Prénom : _____ Nom : _____ Lien de parenté : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Province : _____

Code Postal : _____ - _____ Téléphone : Résidence (_____) _____ - _____ Autre (_____) _____ - _____

INFORMATION SUR LE MÉDECIN DE L'ENFANT

Nom du médecin : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Province : _____ Code Postal : _____ - _____ Téléphone : (_____) _____ - _____

INFORMATION CONCERNANT LA SANTÉ DE VOTRE ENFANT

Votre enfant souffre-t-il d'allergies ?

OUI NON

Si oui, lesquelles ? _____

A-t-il un auto-injecteur ?

OUI NON

Votre enfant souffre-t-il d'un problème de santé particulier?

OUI NON

Si oui, lesquelles ? _____

Votre enfant a-t-il des restrictions alimentaires ?

OUI NON

Si oui, lesquelles ? _____

INFORMATION DE PAIEMENT DES FRAIS DE GARDE ET REÇU D'IMPÔT

Les frais de garde mensuels seront payés : comptant par chèque par prélèvement bancaire

Les reçus d'impôt et facturation seront émis au nom de : Père Mère Les deux *

* Applicable aux parents séparés seulement et divisible selon le pourcentage désiré : Père ____ % Mère ____ %

Numéro d'assurance sociale : Père _____ Mère _____

Mode de communication

Je désire recevoir mes reçus d'impôt, factures et la majorité des communications émises par l'administration par courriel à l'adresse suivante: _____

Je souhaite recevoir toute documentation administrative en version papier

AUTORISATIONS

Autorisation en cas d'urgence

En cas d'urgence, si nous ne sommes pas en mesure de rejoindre les parents ou personnes contacts au dossier, j'autorise le CPE à transposer mon enfant à l'hôpital le plus près par ambulance et je consens à ce qu'il soit vu par un médecin, soit hospitalisé, reçoive les traitements adéquats, soit anesthésié, soit opéré et reçoive une transfusion sanguine, si cela s'avère nécessaire et recommandé par les professionnels de la santé.

Autorisation de sorties quotidiennes

J'autorise mon enfant à participer aux sorties quotidiennes prévues à la programmation du CPE telles que les périodes de jeux dans la cour extérieure, les promenades dans le quartier ainsi que les déplacements au parc et aux jeux d'eau à proximité du service de garde.

Autorisation pour affichage de photos

Je consens à ce que mon enfant soit pris en photo lors de différentes activités du CPE et à ce que ces photos soient affichées à l'intérieur de l'installation ainsi que sur l'espace parent sécurisé de notre site internet.

ACCÈS À L'ESPACE PARENTS DU SITE INTERNET

Code utilisateur : _____ Mot de passe temporaire : _____

ACCÈS À L'ÉTABLISSEMENT

Le parent doit déboursier un montant de _____ \$ en guise de dépôt pour une nouvelle clé d'accès.

Numéro de carte : _____ Numéro de carte : _____ Numéro de carte : _____

Les frais applicables sont remboursable lorsque l'enfant quitte le CPE et que la clé est remise à l'administration. En cas de perte, le parent doit déboursier à nouveau les frais afin d'obtenir une autre clé d'accès. Lorsqu'il s'agit d'un bris, le parent doit simplement nous remettre la clé défectueuse ou brisée et aucun frais ne sera applicable.

 Signature du parent : _____ Date : _____

Date de fin de service : _____