



Documents à remettre afin d'inscrire votre enfant dans un de nos centre de la petite enfance (CPE)

Documents to be submitted to register your child in one of our Early Years Center (EYC)

- Formulaire d'inscription — Registration Form
- Facture d'inscription — Registration Invoice
- Questionnaire de santé — Health Questionnaire
- Consentement parental en cas d'urgence — Parental consent in case of emergency
- Paiement automatique (inclure un chèque annulé) — Direct Deposit Form (including a void cheque)
- Garde partagée : inclure l'entente de garde (s'il y a lieu) – Joint Custody: include custody agreement (if applicable)



Formulaire d'inscription - *Registration Form*

Centre de la petite enfance (CPE) : Pomme et Rinette

Date : _____

Early Years Center (EYC) :

Jardin des étoiles

Date: _____

Les petits rayons de soleil

Île enchantée

Château des étoiles

Nom de l'enfant Child's name			Date de naissance Date of birth	
			Langue première First language	
Connaissance du français Knowledge of French	<input type="checkbox"/> Parle et comprend le français — Speaks and understands French <input type="checkbox"/> Comprend, mais ne parle pas le français — Understands but doesn't speak French <input type="checkbox"/> Aucune connaissance du français — No knowledge of French			
Genre - Gender	<input type="checkbox"/> Féminin - Female <input type="checkbox"/> Masculin – Male			
Garde primaire de l'enfant* Primary caregiver*	<input type="checkbox"/> Mère - Mother	<input type="checkbox"/> Père - Father	<input type="checkbox"/> Les deux - Both	
<p>*Parents séparés ou divorcés légalement, veuillez inclure le jugement de la cour pour la garde de l'enfant (ce document restera confidentiel) *Divorced or Legally Separated Parents, please include court judgment for child custody (this document will remain confidential)</p>				
Adresse principale de l'enfant — Child's Main Address				
Adresse Address			Unité Apt.	
Ville City			Téléphone (jour) Home (day)	
Province			Code postal Postal code	
Adresse secondaire (garde partagée) - Secondary address (joint custody):				
Coordonnées des parents — Parent Contact Information				
Nom de la mère Mother's name			Téléphone (jour) Telephone (day)	
Courriel Email			Cellulaire Cell	
Langue maternelle First language	<input type="checkbox"/> Français - French <input type="checkbox"/> Anglais -English Autre (spécifier) – Other (specify): _____			

Nom du père Father's name		Téléphone (jour) Telephone (day)	
Courriel Email		Cellulaire Cell	
Langue maternelle First language	<input type="checkbox"/> Français - French <input type="checkbox"/> Anglais -English Autre (spécifier) - Other (specify): _____		
En cas d'urgence (autre que parents) – In Case of Emergency (other than parents)			
Nom (1e personne) Name (1 st person)		Téléphone (jour) Telephone (day)	
Lien de parenté Relationship		Cellulaire Cell	
Nom (2e personne) Name (2 nd person)		Téléphone (jour) Telephone (day)	
Lien de parenté Relationship		Cellulaire Cell	
Personnes autorisées à venir chercher mon enfant avec avis préalable (autre que les parents) Authorized persons to pick up my child with prior notice (other than parents)			
Nom (1e personne) Name (1 st person)		Lien de parenté Relationship	
Nom (2e personne) Name (2 nd person)		Lien de parenté Relationship	
Information médicale - Medical information			
Nom du médecin Doctor's name		Téléphone Telephone	Adresse complète Complete address
No d'ass. santé Health card #		Date d'expiration Expiration date	
Allergies (précisez) - <i>Allergies (specify):</i> _____			
Epipen <input type="checkbox"/> Oui - Yes <input type="checkbox"/> Non – No			
Restrictions alimentaires <input type="checkbox"/> Oui Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Non Une rencontre devra être prévue avant l'entrée de l'enfant afin de discuter des adaptations possibles. Food restrictions <input type="checkbox"/> Yes Specify: _____ <input type="checkbox"/> No A meeting will be scheduled prior to the child's entry to discuss possible adaptations.			
Intolérances alimentaires; précisez : _____ Food intolerance; specify: _____			
Besoins particuliers — Special Needs			
SVP identifiez tous les besoins particuliers. Nous évaluerons nos ressources avant	1) Diagnostic - Diagnostic		
	2) Communication – Communication		
	3) Visuelle – Visual		

<p>d'offrir nos services de garde.</p> <p>Please indicate all special needs. We will evaluate our resources before offering our child care services.</p>	4) Physique – Physical	
	5) Intellectuelle – Intellectual	
	6) Médicaments – Medications	
	7) Instructions spéciales - Special Instructions	
Activités spéciales (Veuillez apposer vos initiales dans une boîte seulement) Special activities (Please initial one box only)		
	<p><u>J'autorise</u> mon enfant à participer aux activités spéciales organisées par le centre de la petite enfance et à quitter les lieux avec les éducateurs / éducatrices pour toute autre activité. <u>I authorize</u> my child to participate in special activities organized by the early years centre and to leave the premises with the educators for any other activity.</p>	
	<p><u>Je N'autorise PAS</u> mon enfant à participer aux activités spéciales organisées par le centre de la petite enfance, ni à quitter les lieux avec les éducateurs / éducatrices pour autres activités. <u>I DO NOT authorize</u> my child to participate in special activities organized by the early years center or to leave the premises with the educators for any other activity.</p>	
Photos (veuillez apposer vos initiales dans une boîte seulement) — Picture (Please initial one box only)		
	<p><u>J'autorise</u> le centre de la petite enfance à utiliser des photos ou vidéos de mon enfant pour différentes occasions (publicité, promotion, recrutement, documentation etc.). <u>I authorize</u> the early years center to use photos or videos of my child for various occasions (advertising, promotion, recruitment, documentation, etc.).</p>	
	<p><u>Je N'autorise PAS</u> l'utilisation des photos et vidéos de mon enfant. <u>I DO NOT authorize</u> the use of photos or videos of my child.</p>	
Crème solaire (Veuillez apposer vos initiales dans une boîte seulement) - Sunscreen (Please initial one box only)		
	<p><u>J'autorise</u> le personnel du centre de la petite enfance d'appliquer la crème solaire fourni par le centre de la petite enfance. <u>I authorize</u> the early years center staff to apply the sunscreen supplied by the early years center.</p>	
	<p><u>Je N'autorise PAS</u> le personnel du centre de la petite enfance d'appliquer la crème solaire - veuillez fournir votre crème solaire. <u>I DO NOT authorize</u> the early years center staff to apply sunscreen — please provide your child's sunscreen.</p>	
Guide à l'intention des parents (Veuillez apposer vos initiales) — Parents information book (please initial)		
	<p>Je confirme par la présente avoir reçu et pris connaissance du « Guide des parents ». J'accepte de me conformer aux exigences prescrites dans le guide se trouvant sur le site Web de l'ACPEFÎPÉ et j'approuve les principes qui m'ont été présentés. I hereby confirm that I have received and read the “Guide for Parents”. I agree to comply with the requirements prescribed in the guide on the ACPEFÎPÉ website and I agree the principles that have been presented to me.</p>	
*Heures approximatives	Arrivée :	Départ :

*Approximate times		Arrival:		Departure:			
<p>* Cette information est importante afin de respecter les ratios établis par la province pour les quarts de travail. * This information is important to respect personnel ratios established by the province for every shift.</p>							
Admissibilité à l'école francophone (Veuillez apposer vos initiales dans la boîte) School eligibility (Please initial both box)							
<p>Je confirme par la présente avoir pris connaissance des critères d'admissibilités des écoles francophones de la CSLF, d'avoir rempli et envoyé le formulaire à cet effet. Je comprends que si la réponse de la CSLF s'avère négative, je devrai alors retirer mon enfant du service de garde dans le mois suivant cette réponse.</p> <p>I hereby confirm that I have read and understood the eligibility criteria of the Francophone Schools of the CSLF, I have completed and sent the form at this effect. I understand that if the CSLF's response is negative, I will have to withdraw my child from the daycare within one month of that response.</p>							
Signature des parents / Parent Signatures							
1 ^e Parent	X	Date :					
2 ^e Parent	X	Date :					
<p>*Pour les parents ayant la garde partagée, les deux parents doivent signer le formulaire d'inscription. *Parents with shared custody must both sign the registration form.</p>							
ADMINISTRATION SEULEMENT / OFFICE USE				DATE D'ENTRÉE:			
<input type="checkbox"/> Nouveau	Modification <input type="checkbox"/>	1er <input type="checkbox"/>	2e + <input type="checkbox"/>	Autre(s) enfant(s) :		<input type="checkbox"/> Éligible au rabais	
PROGRAMME	<input type="checkbox"/> Poupons	<input type="checkbox"/> Trottineurs	<input type="checkbox"/> Préscolaires	<input type="checkbox"/> Avant-C	<input type="checkbox"/> Après-C	<input type="checkbox"/> Avant et Après-C	<input type="checkbox"/> Scolaires journée complète
CPE	<input type="checkbox"/> Arc-en-ciel	<input type="checkbox"/> Pomme et Rinette	<input type="checkbox"/> Jardin des étoiles	<input type="checkbox"/> Rayons de soleil	<input type="checkbox"/> Île enchantée	<input type="checkbox"/> Château des étoiles	
Dossier archivé <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			Parents archivés <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Sur la liste d'attente <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		



Facture d'inscription

Centre de la petite enfance (CPE) : Pomme et Rinette **Date :** _____
 Jardin des étoiles
 Les petits rayons de soleil
 Île enchantée
 Château des étoiles

Nom de l'enfant : _____ n ° dossier enfant : _____

Nom du parent (pour le reçu d'impôt) : _____ n ° dossier parent payeur : _____

DÉPÔT D'INSCRIPTION : Dépôt directe

PROGRAMME	RATIO	NUTRITION	*FRAIS
Poupons (0 – 22 mois)	1 : 3	Dîner et collations	25 \$ / jour
Trottineurs (22 mois)	1 : 5	Dîner et collations	25 \$ / jour
Précolaires (3 ans)	1 : 10	Dîner et collations	25 \$ / jour
Avant classe (5+ ans)	1 : 15	n / a	5 \$ / jour
Après classe (8+ ans)	1 : 15	Collation	10 \$ / jour
Avant et après classe	1 : 15	Collation	15\$ / jour
Scolaire – toute la journée	1 : 15	Dîner et collations	27 \$ / jour

*Frais daté mai 2018

Subvention

Recevez-vous une subvention du *ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance* ? oui non

Note : Lorsqu'un parent reçoit une subvention, il est de la responsabilité du parent de rembourser tous les frais supplémentaires qui ne seront pas remboursés selon leur entente avec le ministère de l'Éducation, Développement préscolaire et Culture.

<https://www.princeedwardisland.ca/fr/information/services-a-famille-et-a-personne/soutien-financier-garde-denfants>

Coûts reliés au dépôt d'inscription : ce dépôt n'est pas remboursable.

Dépôt d'inscription équivalent à deux semaines de service de garde est requis au moment de l'inscription. Ce dépôt sera appliqué pour vos deux premières semaines.

Montant total : _____ \$

On a lu et accepte les conditions tels que décrits dans le document.

Signature des parents : _____ / _____ Date : _____

(English on reverse)



Registration Invoice

Centre de la petite enfance (CPE) : Pomme et Rinette **Date :** _____
 Jardin des étoiles
 Les petits rayons de soleil
 Île enchantée
 Château des étoiles

Child's Name _____ Child's file #: _____
 Parent's name (for income taxes) : _____ Parent's file #: _____

DEPOSIT FEES: Direct Deposit

PROGRAM	RATIO	NUTRITION	* FEES
Infants (0 – 22 mois)	1 : 3	Lunch & snacks	25 \$ / day
Toddlers (22 mois)	1 : 5	Lunch & snacks	25 \$ / day
Preschool (3 years old)	1 : 10	Lunch & snacks	25 \$ / day
Before class (5+ years old)	1 : 15	n/a	5 \$ / day
After class (8+ years old)	1 : 15	Snack	10 \$ / day
Before and after class	1 : 15	Snack	15\$ / day
Student – all day	1 : 15	Lunch & snacks	27 \$ / day

** Fees dated May 2018*

Childcare Subsidy

Are you receiving a childcare subsidy from the Department of Education & Early childhood Development?

Yes No

Note : When a parent receives a subsidy, it is the parent's responsibility to reimburse any additional expenses that will not be reimbursed under their agreement with the Department of Education and Early Childhood Development.

<https://www.princeedwardisland.ca/en/information/family-and-human-services/help-child-care-expenses>

Fees related to registration: This deposit is non-refundable.

Registration deposit equivalent to two weeks of childcare is required at the time of registration. This deposit will be applied for your first two weeks.

Total Amount: _____ \$

We read and accept the conditions described above.

Parents Signatures: _____ / _____ Date: _____

(Français au verso)



Questionnaire de santé - *Health Questionnaire*

SVP, veuillez répondre à toutes les questions. Tous les renseignements que vous fournissez dans ce questionnaire nous aideront largement à connaître les besoins de votre enfant et resteront strictement confidentiels-----*Please, answer all the questions. All information provided in this questionnaire will help us greatly to know the needs of your child and they will remain strictly confidential.*

Nom de l'enfant / *Child's name* : _____ Âge / *Age*: _____

Langue(s) parlée(s) à la maison / *Languag(s) spoken at home*: _____

Famille/*Family*

Relation parentale / *Parental relationship*:

- Marié / *Married* Conjoint de fait / *Common-law* Séparés / *Separated*
 Divorcés / *Divorced* Veuf / *Widow*

Autres membres de la famille (incluant les enfants d'une famille recomposée)----- *Other family members (including children of stepfamilies).*

Nom / *Name* : _____ Âge / *Age* : _____

Nom / *Name* : _____ Âge / *Age* : _____

Nom / *Name* : _____ Âge / *Age* : _____

Nom / *Name* : _____ Âge / *Age* : _____

Histoire Familiale / Family History

Est-ce que votre enfant a déjà vécu une séparation parentale, un divorce, la mort d'un proche, la perte d'emploi d'un proche, un déménagement ou un déploiement militaire ? -----Has your child already experienced parental separation, divorce, death of a loved one, job loss of a loved one, a move or a military deployment?

Oui /Yes Non /No

Si oui, quand ? / If yes, when ? _____ Quel âge avait l'enfant ? / How old was the child? _____

S'il vous plaît décrire les circonstances / Please describe the circumstances: _____

Si les parents sont séparés ou divorcés, qui a la garde primaire de l'enfant ? / If parents are separated or divorced, who has the primary custody of the child: Mère /Mother Père /Father

Combien de fois est-ce que l'autre parent voit l'enfant ? / How often does the other parent see the child?

Tous les jours / Every Day 1-3 fois par semaine / 1-3 times per week
 Mensuellement / Monthly Quelques fois par année / Few times per year Jamais / Never
 Autre / Other : _____

Santé de l'enfant / Child's Health

Y a-t-il eu des difficultés lors du déroulement de la grossesse ou de l'accouchement ? / Were there any difficulties during pregnancy or childbirth? Oui /Yes Non /No

Si oui, veuillez préciser / If yes, please could you specify: _____

Votre enfant a-t-il déjà présenté les symptômes suivants ? / Has your child shown any of the following symptoms?

Rhume fréquent / Frequent colds Asthme / Asthma Souffle au cœur/ Heart murmur
 Diarrhée fréquente / Frequent diarrhea Constipation / Constipation Maux d'estomac / Stomach ache
 Difficulté langagière / Speech & Language disorder Infection de l'oreille (tubes) / Ear infection (tubes)

Votre enfant a-t-il un problème de santé que nous devrions connaître / Does your child have a health issue we need to know about? Oui /Yes Non /No

Si oui, veuillez préciser / If yes, please specify: _____

S'il y a lieu, indiquez le nom des médicaments que prend votre enfant ainsi que la raison du traitement / If applicable, please provide the name(s) of the medicinal product(s) your child is taking, and the reason for treatment?

Hygiène corporelle / *Body hygiene*

S'il y a lieu, à quel stade se situe votre enfant dans son apprentissage de la propreté ? / *If applicable, at what stage is your child for toilet training?*

Couche / *Diapers* Partiellement propre / *Partially trained* Complètement propre / *Trained*

À quelle fréquence votre enfant va-t-il à la selle ? / *How often does your child have a bowel movement?*

Régulièrement (1-3 fois/jour) / *Regularly (1-3 times a day)*
 Aux deux jours / *Every two days*
 Rarement (constipation) / *Rarely (constipation)*

Habitudes de sommeil / *Sleeping habits*

Combien d'heures de sommeil votre enfant dort-il durant la nuit ? / *How many hours does your child sleep at night?*

Vers quel heure votre enfant se couche-t-il en général ? / *In general, at about what time does your child go to bed?*

Votre enfant éprouve-t-il des difficultés à s'endormir ? / *Does your child have difficulties falling asleep?*

Oui / *Yes* Non / *No*

Votre enfant fait-il des siestes durant la journée ? / *Does your child have naps during the day?*

Oui / *Yes* Non / *No*

Précisez le nombre de siestes et la durée : / *Specify how often and the duration:* _____

Diète / *Diet*

Votre enfant mange-t-il les aliments suivants ? / *Does your child eat the following food?*

Nourriture Food	Oui Yes	Non No	Intolérance Intolerance	Commentaires Comments
Produits laitiers (lait, yaourt, fromage, etc.) <i>Dairy products, (milk, yogourt, cheese, etc.)</i>				
Grains (pains, céréales, pâtes, riz, etc.) <i>Grains (bread, cereals, pasta, rice, etc.)</i>				
Fruits et légumes / <i>Fruits and vegetables</i>				
Viandes, poissons et substituts <i>Meat, fish and substitutes</i>				

Votre enfant a-t-il des allergies à la nourriture, à certains médicaments ou autres ? / *Does your child have any food, medication or other allergies?* Oui / *Yes* Non / *No*

Spécifiez / *Specify:* _____

Votre enfant manifeste-t-il les symptômes suivants ? / Does your child present the following symptoms?

Symptômes Symptoms	Oui Yes	Non No	Commentaires Comments
Hyperactivité <i>Hyperactivity</i>			
Manque d'attention <i>Lack of attention</i>			
Désobéissance chronique <i>Chronic disobedience</i>			
Crises de colère <i>Excessive anger</i>			
Évitement social <i>Social avoidance</i>			
Comportement agressif <i>Agressive behaviour</i>			
Anxiété <i>Anxiety</i>			
Peurs et phobies <i>Fears and phobias</i>			
Trouble du langage ou de la communication <i>Language impairment or communication</i>			

Votre enfant a-t-il déjà reçu un diagnostic ou est-il en attente de diagnostic concernant les symptômes mentionnés précédemment ? Si oui, veuillez en préciser la nature et la date à laquelle la référence fut envoyée. / Has your child ever been diagnosed or is she/he waiting for a diagnosis concerning the symptoms mentioned above? If yes, please specify the nature and the date the referral has been sent. Oui / Yes Non / No

Comment votre enfant réagit-il aux situations difficiles? / How does your child react to difficult situations?

- Bien / Well Pleure / Cries Se replie sur lui-même / Keeps to himself
 Crise de colère / Excessive anger Mord / Bites Brise ou lance des objets / Breaks, or throws objects
 Autre / Other : _____

Comment votre enfant s'adapte-t-il habituellement aux changements ? /How does your child usually adapt to changes?

Facilement / Easily Avec difficulté / With difficulty

Spécifiez/Specify: _____

Votre enfant est-il attaché à un objet particulier (ex. : toutou, doudou, jouets, etc.) ? /Is your child attached to any particular object? (ex. : teddy, blanket, toys, etc.)? Oui / Yes Non / No

Spécifiez /Specify: _____

Votre enfant présente-t-il des habitudes particulières (ex. : sucer son pouce, balancement, ronger ses ongles, etc.) ? /Does your child have particular habits? (ex. : Thumb sucking, rocking, bites his nails, etc.) Oui / Yes Non / No

Spécifiez /Specify: _____

Avez-vous des idées ou des trucs particuliers pour faciliter la collaboration de votre enfant ? (Si oui, précisez) / Do you have any special tricks to facilitate your child's collaboration? (If yes, specify) Oui / Yes Non / No

Spécifiez /Specify: _____

Avez-vous des informations additionnelles au sujet de votre enfant qui pourrait nous aider à mieux connaître ses besoins ? / Do you have any additional information about your child that might help us to better know and understand her/his needs? Oui / Yes Non / No

Spécifiez /Specify: _____

Signature : _____ Date : _____



Consentement parental — traitement et transport d'urgence
Parental consent - emergency treatment and transportation

Nom de l'enfant / *Child's Name* : _____ Date de naissance / *BOD*: _____
(jj/mm/aaaa- dd/mm/yyyy)

No de la carte santé / *Health card #*: ___/_____/_____ Date d'expiration / *Expiry* : _____
(jj/mm/aaaa- dd/mm/yyyy)

Si un traitement médical s'impose pour cause de blessure ou maladie soudaine, j'**autorise** le personnel de prendre les mesures d'urgence qu'il juge nécessaire au bien-être de mon enfant -----*If medical treatment is required due to an injury or sudden illness, I authorize the staff to take emergency measures they deem necessary for the protection of my child.*

Je **comprends** que ces mesures englobent la consultation d'un médecin, l'interprétation et l'exécution des directives de ce dernier, ainsi que le transport (y compris le transport par ambulance) de l'enfant à l'hôpital ou au bureau du médecin.

I understand that this may involve calling a physician, interpreting and carrying out his or her instructions, and transporting my child to a hospital or physician office, including the possible use of an ambulance.

Dans la mesure du possible, on amènera l'enfant à l'hôpital le plus proche du CPE ou au bureau de son médecin de famille. - - - - *If possible, my child will be taken to the nearest hospital or family physician's office.*

Médecin de famille :

Family Physician: _____

Adresse du bureau / *Office Address:* _____

Téléphone / *Telephone:* _____

Je **comprends** que ces mesures peuvent être prises avant que j'en sois avisé(e) et que tous les frais engagés aux fins du traitement, y compris le transport par ambulance, me seront facturés.

I understand that this may be done prior to contacting me, and that any expense incurred for such treatment, including ambulance fees, is my responsibility.

Signature du parent / *parent's signature* : _____ Date : _____

Signature directrice / *Manager:* _____ Date : _____



Formulaire d'inscription au régime de paiements automatique

Conditions

1. Pour révoquer la présente autorisation, je dois remettre un avis écrit à l'ACPEFÎPÉ.
2. L'ACPEFÎPÉ prendra les mesures nécessaires pour assurer des retraits pour un montant fixe à une date fixe et selon un cycle fixe, tel qu'il est indiqué dans le Tableau des paiements préautorisés. Tout changement sera précédé d'un avis écrit au moins 10 jours avant la date d'entrée en vigueur par l'ACPEFÎPÉ.
3. Tous changement aux renseignements sur le compte fournis dans la présente autorisation, avant la date d'échéance du retrait préautorisé, sera fourni par écrit à l'ACPEFÎPÉ.
4. Je reconnais (nous reconnaissons) que la banque n'est pas tenue de vérifier que le retrait a été effectué conformément aux détails de l'autorisation, notamment en ce qui concerne le montant et la fréquence des paiements.
5. Je reconnais (nous reconnaissons) que la banque n'est pas tenue de vérifier l'objet du paiement pour lequel le retrait a été effectué pour l'ACPEFÎPÉ.
6. Je peux (Nous pouvons) contester un retrait préautorisé dans les circonstances suivantes :
 - i) le retrait préautorisé n'a pas été effectué conformément à la présente autorisation;
 - ii) la présente autorisation a été révoquée;
 - iii) le retrait a été porté au mauvais compte en raison d'une erreur touchant les renseignements sur le compte fournis par l'ACPEFÎPÉ.
7. Je reconnais (nous reconnaissons) que, pour être remboursé(s), je dois (nous devons) remplir une déclaration attestant que (i), (ii), ou (iii) a eu lieu et que je dois (nous devons) la présenter à l'institution financière où se trouve mon (notre) compte, dans les 90 jours.
8. Je reconnais (nous reconnaissons) qu'une demande de remboursement fondée sur le fait que l'autorisation de L'ACPEFÎPÉ a été révoquée est une question à régler uniquement entre moi (nous) et l'ACPEFÎPÉ lorsqu'un retrait est contesté après 90 jours.

9. Le compte duquel l'ACPEFÎPÉ est autorisée à faire des retraits est indiqué ci-après. Un chèque spécimen, le cas échéant, pour ce compte a été marqué << Annulé >> et est annexé à la présente autorisation.

M. Mlle. Mme.	Nom	Prénom
Adresse		
Ville et Province		Téléphone
Institution financière		
Adresse:		
Numéro de compte:		

Adresse courriel : _____

10. Toutes les personnes dont les signatures sont requises pour ce compte ont signé la présente convention.

11. J'autorise l'ACPEFÎPÉ à faire des retraits sur mon (notre) compte auprès de la banque, pour les fins indiquées ci-dessus.

Signature autorisée : _____ Date : _____

Signature autorisée : _____ Date : _____

Veillez s.v.p. inclure un chèque portant la mention « annulé » avec ce formulaire.



Automatic Payment Plan Enrolment Form

Conditions

1. To revoke this authorization, I must give written notice to ACPEFÎPÉ.
2. ACPEFÎPÉ will take the necessary steps to ensure withdrawals for a fixed amount on a fixed date and on a fixed cycle, as indicated in the Pre-Authorized Payment Table. Any change will be preceded by written notice at least 10 days prior to the effective date by ACPEFÎPÉ.
3. Any changes to the account information provided in this authorization, prior to the pre-authorized withdrawal expiry date, will be provided in writing to ACPEFÎPÉ.
4. I (we) acknowledge that the bank is not required to verify that the withdrawal has been made in accordance with the details of the authorization, including the amount and frequency of payments.
5. I (we) acknowledge that the bank is not required to verify the purpose of the payment for which the withdrawal was made for ACPEFÎPÉ.
6. I (We) may dispute a pre-authorized withdrawal in the following circumstances:
 - i) the pre-authorized withdrawal was not made in accordance with this authorization;
 - ii) this authorization has been revoked;
 - iii) the withdrawal was posted to the wrong account due to an error in the account information provided by ACPEFÎPÉ.
7. I (we) acknowledge that, in order to be reimbursed, I (we) must complete a declaration certifying that (i), (ii), or (iii) has taken place and that I (we) must submit it to the financial institution where my (our) account is located, within 90 days.
8. I (we) acknowledge that a claim based on the fact that ACPEFÎPÉ 's authorization has been revoked is a matter between me (us) and ACPEFÎPÉ only when a withdrawal is disputed after 90 days.
9. The account from which ACPEFÎPÉ is authorized to make withdrawals is indicated below. A specimen cheque, if applicable, for this account has been marked Cancelled >> and is attached to this authorization.

Mr. Mrs. Ms.	Name	Surname
Address		
City and Province		Telephone
Financial Institution		
Address		
Account Number		

Email address: _____

10. All persons whose signatures are required for this account have signed this Agreement.
11. I authorize ACPEFÎPÉ to make withdrawals from my (our) account with the bank for the purposes indicated above.

Authorized signature : _____ Date : _____

Authorized signature : _____ Date : _____

Please include a cheque marked "void" with this form.