



C.P. 156, 377 rue Sabourin
Saint-Pierre-Jolys, MB R0A 1V0
Téléphone: (204) 433-7976
Courriel: cenpg@mts.net

Formulaire d'inscription

Renseignements au sujet de votre enfant

Nom de l'enfant (au complet): _____

Date de naissance: _____ (jj/mm/aaaa) Sexe: _____

Case postale: _____ Adresse physique: _____

Ville/village: _____ Code postal: _____

Téléphone à la maison: _____

Numéro d'assurance médicale de l'enfant (6 chiffres) : _____

Numéros d'identification personnelle de l'enfant (9 chiffres) : _____

Renseignements médicaux et sur la santé de votre enfant

Médecin de famille : _____

Adresse: _____

Téléphone: _____

Allergies/autres conditions: _____

Renseignements sur votre famille

SVP fournir le nom et l'âge des frères et sœurs qui demeurent avec votre enfant.

Renseignements supplémentaires

Est-ce qu'il y a des détails particuliers à nous partager, afin de faciliter l'adaptation de votre enfant au centre? (séparation, divorce, le français n'est pas la première langue, etc.)

Est-ce qu'il y a des renseignements supplémentaires que vous souhaitez fournir afin de nous aider à mieux connaître votre enfant?

Est-ce qu'il y a des ordonnances de garde/du tribunal en vigueur? Oui Non

Si oui, vous devez fournir la copie originale et nous ferons une copie pour le dossier de votre enfant. **À noter que tous les renseignements dans le dossier de votre enfant sont confidentiels.**

Renseignements sur les parents/tuteurs

Mère/tuteure:

Nom au complet: _____

Langues parlées : _____

*Si différent de l'enfant:

Adresse physique: _____ Ville/village: _____

Case postale: _____ Code postal: _____

Téléphone: _____ Cell: _____

Employeur/Établissement scolaire: _____

Téléphone: _____ Poste: _____

Père/tuteur:

Nom au complet: _____

Langues parlées : _____

*Si différent de l'enfant :

Adresse physique: _____ Ville/village: _____

Case postale: _____ Code postal: _____

Téléphone: _____ Cell: _____

Employeur/Établissement scolaire: _____

Téléphone: _____ Poste: _____

Personne(s) contacte(s) en cas d'urgence et personnes autorisées de ramasser votre enfant:

D) En cas d'urgence, si nous ne pouvons pas joindre un parent/tuteur, svp indiqué le nom de deux personnes avec qui nous pouvons communiquer.

Nom: _____ Lien : _____

Téléphone: _____ Cell: _____

Nom: _____ Lien : _____

Téléphone: _____ Cell: _____

Nom: _____ Lien : _____

Téléphone: _____ Cell: _____

Nom: _____ Lien : _____

Téléphone: _____ Cell: _____

Soins d'urgence et transport

Au cas où des soins médicaux sont nécessaires, en raison de circonstances imprévues ou de maladie soudaine, et le centre ne peut pas rejoindre le parent/tuteur ou la personne contacte en cas d'urgence indiqué ci-dessus, je donne la permission aux employées du centre **Les petites grenouilles** de prendre les mesures nécessaires afin d'assurer la sécurité de mon enfant.

Je comprends que ceci pourrait inclure:

- Appeler un médecin, interpréter, et suivre ses directives.
- Transporter mon enfant à l'hôpital par ambulance.
- Le transfert du dossier médical de mon enfant à l'hôpital ou au centre de santé.
- Toutes les dépenses engagées par ces soins, y inclus les frais d'ambulance, sont notre responsabilité.
- Si vous ne pouvez pas joindre notre médecin de famille tel qu'indiqué ci-dessus, mon enfant peut être apporté à la salle d'urgence locale.

Signature du parent/tuteur

date

Formulaire de consentement

Nom de l'enfant: _____

1. J'ai lu le Manuel des politiques pour les parents/tuteurs et j'accepte de respecter ces politiques établies par Les petites grenouilles.
2. Je donne la permission à mon enfant de prendre des marches/faire des sorties dans la communauté avec le personnel du centre Les petites grenouilles.
3. Je donne la permission au personnel du centre Les petites grenouilles à appliquer de la crème solaire ainsi que la chasse moustique pendant l'été.
4. Je donne la permission au centre Les petites grenouilles de prendre des vidéos et des photos de mon enfant lorsqu'il/elle participe à des activités ou à des sorties dans la communauté. Ces photos peuvent seulement être utilisées dans le centre à moins d'une autre permission demandée.
5. Je donne permission au centre d'afficher des photos de mon enfant au site web : www.lespetitesgrenouilles.ca. Aucun nom sera affiché.

Signature du parent/tuteur: _____ date

Montant du dépôt payé: _____ \$ (2 semaines)

Date de début de la garde de l'enfant : _____

*Le centre veut devenir plus écologique en utilisant moins de papier.

Est-ce que vous accepter de recevoir toute correspondance, y inclus les factures, par courriel?

Oui

Non

Si oui, S.V.P. fournir l'adresse courriel à utiliser pour toute correspondance :

Adresse courriel

3/29/2017

À noter que tous les renseignements demeurent confidentiels.