

6. AUTRE PERSONNE : PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE AUTRE QUE LE PARENT/TUTEUR
NOM _____ N° DE TÉLÉPHONE _____

ADRESSE _____

LIEN AVEC L'ENFANT _____

7. MÉDECIN DE FAMILLE _____ ADRESSE _____

N° DE TÉLÉPHONE _____

8. DENTISTE _____ N° DE TÉLÉPHONE _____

9. SANTÉ
GÉNÉRAL _____

VOTRE ENFANT A-T-IL DES BESOINS PARTICULIERS?

ET/OU DES ALLERGIES (ALIMENTS, MÉDICAMENTS, ANIMAUX, ABEILLES, ETC.)

MÉDICAMENTS POUR DES ALLERGIES _____

MALADIE GRAVE _____

MÉDICAMENTS _____

BLESSURE _____

MALADIES INFANTILES – VOTRE ENFANT A-T-IL DÉJÀ CONTRACTÉ?

LA VARICELLE _____ LA ROUGEOLE _____

LA RUBÉOLE _____ LES OREILLONS _____

LE DOSSIER D'IMMUNISATION DE VOTRE ENFANT EST-IL À JOUR? _____

*****VEUILLEZ JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DU DOSSIER D'IMMUNISATION DE VOTRE ENFANT AU PRÉSENT
FORMULAIRE. AUTREMENT, VOTRE ENFANT NE SERA PAS ADMIS AU PROGRAMME DE GARDE
D'ENFANTS*****

10. NOMBRE D'ADULTES À LA MAISON _____ LIEN AVEC L'ENFANT _____

11. NOMBRE D'ENFANTS DANS LA FAMILLE _____

ÂGES, SEXE, NOMS _____

12. EXPÉRIENCE ANTÉRIEURE DE L'ENFANT AU SEIN D'UN GROUPE _____

13. MESURES D'ORIENTATION ET DE DISCIPLINE AUXQUELLES VOTRE ENFANT RÉPOND BIEN _____

14. RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES POUVANT AIDER LE PERSONNEL À MIEUX CONNAÎTRE VOTRE ENFANT (par exemple ses goûts, ses craintes, etc.)

15. QUELLES SONT VOS ATTENTES EN CE QUI A TRAIT AUX BIENFAITS QUE VOTRE ENFANT TIRERA DE SON EXPÉRIENCE AU CENTRE DE GARDE D'ENFANTS DE COCHRANE?

16. APPRENTISSAGE DE LA PROPRIÉTÉ :
PAS DU TOUT _____ EN PARTIE _____ COMPLÈTEMENT _____

17. VOTRE ENFANT A-T-IL L'HABITUDE DE FAIRE UNE SIESTE? _____ QUAND? _____

QUELS SONT LES BESOINS DE VOTRE ENFANT EN MATIÈRE DE SIESTE?

18. LANGUES PARLÉES AUTRES QUE LE FRANÇAIS?

19. Je, soussigné(e), conviens d'adhérer aux politiques de Garde d'enfants de Cochrane.

SIGNATURE : Parent(s) ou Tuteur _____ DATE : _____

SIGNATURE : Parent(s) ou tuteur _____ DATE : _____

20. SOINS D'URGENCE

Par la présente, je conviens que mon enfant soit transporté à l'hôpital en cas d'urgence, et je conviens qu'on lui administre des soins d'urgence jusqu'à mon arrivée à l'hôpital. Je comprends que tous les efforts seront consentis en vue de me contacter si un tel événement devait se produire.

SIGNATURE : Parent(s) ou tuteur _____ DATE : _____

SIGNATURE : Parent(s) ou tuteur _____ DATE : _____

DATE DE RÉCEPTION : _____ DATE DE DÉBUT DE FRÉQUENTATION : _____

DATE DE FIN DE FRÉQUENTATION : _____

INTÉRÊTS PARTICULIERS À LA MAISON POUVANT ÊTRE MIS À PROFIT EN VUE DE SOUTENIR LE PROGRAMME DE SERVICES DE GARDE D'ENFANTS

CHANT _____ DANSE _____

CUISINE _____ JARDINAGE _____

TRAVAIL DU BOIS _____ POTTERIE _____

PHOTOGRAPHIE _____ COUTURE/TRICOT _____

ARTISANAT _____

EXPÉRIENCES SCIENTIFIQUES SIMPLES _____

COUTUMES ET ARTICLES D'INTÉRÊT PROVENANT DU CANADA OU DU PAYS D'ORIGINE

INSTRUMENTS DE MUSIQUE _____

COLLECTIONS _____

AUTRE _____

MÉDIA/PHOTOGRAPHIE : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ET DE DÉGAGEMENT

GARDE D'ENFANTS DE COCHRANE

Durant l'année à notre centre, des photos seront prises à plusieurs occasions par le personnel du centre, par les journaux régionaux, etc.

En tant que parent dont l'enfant ou les enfants fréquente(ent) le centre Garde d'enfants de Cochrane, je conviens de ce qui suit :

- Je comprends qu'il est possible que mon enfant/mes enfants dont le(s) nom(s) figure(ent) ci-dessous soit(ent) photographié(s) au centre Garde d'enfants de Cochrane dans le cadre des activités quotidiennes du centre et lors d'activités spéciales, de sorties ou d'activités.
- Je comprends que ces photos puissent être utilisées à des fins de parution dans des bulletins d'information, dans des offres promotionnelles, dans des présentoirs ou des publications d'actualités, ainsi que sur les médias sociaux.

Veillez noter qu'en raison du grand nombre de dispositifs électroniques à la portée de tous, il nous est impossible d'exercer un contrôle complet en ce qui a trait à la prise de photos. Nous insistons également pour que les parents et les aidants s'abstiennent de prendre des photos au centre dans lesquels sont présents d'autres enfants.

Voici le(s) nom(s) de mon enfant/mes enfants qui fréquente(ent) le centre Garde d'enfants de Cochrane :

Oui, je confirme avoir lu et compris ce qui précède, et j'accepte que la photo de mon enfant/mes enfants apparaisse dans les bulletins d'information, les offres promotionnelles, les présentoirs du centre Garde d'enfants de Cochrane, ainsi que dans des publications d'actualités et sur les médias sociaux.

Non, je ne veux pas que mon enfant/mes enfants apparaisse(ent) dans des publications d'actualités ou sur les médias sociaux.

Nom (en caractères d'imprimerie) _____ Signature _____

Date _____ Témoin _____

CORPORATION DE LA VILLE DE COCHRANE

COCHRANE CHILD CARE CENTRE/GARDE D'ENFANTS DE COCHRANE

ENTENTE SUR LE PAIEMENT DES FRAIS DE GARDE D'ENFANTS

PARENT/TUTEUR : _____ TÉLÉPHONE : _____

ADRESSE : _____

ENFANT(S) : _____

MON ENFANT FRÉQUENTERA / MES ENFANTS FRÉQUENTERONT LE COCHRANE CHILD CARE CENTRE/GARDE D'ENFANTS DE COCHRANE :

LUNDI MARDI MERCREDI JEUDI VENDREDI

ENTRE : _____ ET _____

JE M'ENGAGE À PAYER LES FRAIS DE GARDE D'ENFANTS, À L'AVANCE.

MON ENFANT FRÉQUENTERA LE CENTRE À TEMPS PARTIEL (sur appel, s'il reste des places disponibles)

PAIEMENTS AUX DEUX SEMAINES

PAIEMENTS MENSUELS

<input type="checkbox"/>	Frais quotidiens :	Journée complète	<input type="checkbox"/>	38,10 \$	Tarif camp de jour : 1 ^{er} enfant	32,45 \$
		Le troisième, et les suivants		25,75 \$	2 ^e enfant	25,75 \$
		Demi-journée – moins de 5 ans		23,70 \$	3 ^e enfant	19,05 \$
		Avant l'école		6,20 \$		
		Après l'école		10,30 \$		
		Avant et après l'école		15,45 \$		
		École maternelle (9 h à 11 h 30)		17,50 \$		

Renseignements sur les subventions (veuillez cocher)

J'ai fait une demande de subvention. (Voir la copie de l'entente du parent en pièce jointe.)

Je dois payer une contribution parentale de _____ par jour. Je suis tenu(e) de payer la contribution parentale, que mon enfant soit présent ou non. La politique du Cochrane Child Care Centre/ Garde d'enfants de Cochrane en ce qui a trait aux jours d'absence ne s'applique pas aux parents qui reçoivent des subventions.

Je conviens également que si j'utilise tous les jours d'absence qui me sont alloués et qui sont couverts en vertu de la subvention du CADSS (36 jours par enfant ou allocation calculée au prorata), je serai tenu de payer la totalité des frais de garde d'enfants quotidiens pour les jours d'absence qui excèdent le nombre de jours qui me sont alloués. _____ (Initiales du parent/tuteur) Les subventions s'appliquent en cas de maladies et d'urgences familiales.

Veuillez prendre note que le paiement doit être effectué avant la prestation du service.

SIGNATURE DU MEMBRE DU PERSONNEL TÉMOIN

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR

DATE

DATE

VEULLER CONSULTER LE VERSO

JE CONVIENS QUE :

- **LES FRAIS POUR LES SERVICES DE GARDE D'ENFANTS SONT CALCULÉS MENSUELLEMENT, ET DOIVENT ÊTRE ACQUITTÉS À L'AVANCE.**
- **SI MON ENFANT DEMEURE PLUS LONGUEMENT AU CENTRE QUE LES HEURES DE GARDE ÉNONCÉES CI-DESSOUS, MES FRAIS DE GARDE D'ENFANTS AUGMENTERONT EN CONSÉQUENCE.**
- **DES FRAIS DE RETARD DE 25,00 \$ SERONT FACTURÉS PAR TRANCHE DE 15 MINUTES.**
- **LE CENTRE EXIGERA UN PRÉAVIS ÉCRIT DE DEUX SEMAINES SI VOTRE ENFANT CESSE DE FRÉQUENTER LE CENTRE. SI AUCUN PRÉAVIS N'EST DONNÉ, LES DEUX SEMAINES VOUS SERONT FACTURÉES AU TARIF QUOTIDIEN HABITUEL. VOUS SEREZ TENU D'ACQUITTER TOUS LES FRAIS IMPAYÉS EN DATE DE LA DERNIÈRE JOURNÉE DE FRÉQUENTATION DE VOTRE ENFANT.**
- **LES REMBOURSEMENTS NE S'APPLIQUENT PAS AUX JOURS D'ABSENCES, NI AUX CIRCONSTANCES HORS DU CONTRÔLE DU COCHRANE CHILD CENTRE/GARDE D'ENFANTS DE COCHRANE, COMME LES CONDITIONS CLIMATIQUES OU LES PANNES DE COURANT.**
- **DES FRAIS D'INTÉRÊT DE 1,25 % PAR MOIS SUR LES COMPTES EN SOUFFRANCE SERONT EXIGÉS.**
- **DES FRAIS D'ADMINISTRATION DE 40,00 \$ SERONT IMPUTÉS POUR TOUT CHÈQUE SANS PROVISION REÇU.**
- **LES REÇUS SERONT ÉMIS UNE FOIS LE PAIEMENT REÇU. VEUILLEZ CONSERVER CES REÇUS À DES FINS DE DÉCLARATION FISCALE.**
- **CHAQUE ENFANT PEUT S'ABSENTER DU CENTRE JUSQU'À TROIS FOIS PAR MOIS; UNE FOIS QUE LES JOURS D'ABSENCE POUR LE MOIS ONT ÉTÉ UTILISÉS, LES JOURS D'ABSENCE SUPPLÉMENTAIRES VOUS SERONT FACTURÉS AU TARIF QUOTIDIEN. (VOUS DEVEZ AVISER LE CENTRE DE L'ABSENCE DE VOTRE ENFANT AVANT 9 H POUR POUVOIR UTILISER LES 3 JOURS D'ABSENCE QUI VOUS SONT ALLOUÉS). LES JOURS D'ABSENCE NON UTILISÉS NE PEUVENT ÊTRE CUMULÉS.**
- **LA POLITIQUE SUSMENTIONNÉE EN MATIÈRE DE JOURS D'ABSENCE NE S'APPLIQUE PAS AU PROGRAMME DE CAMPS D'ÉTÉ. CHAQUE JOURNÉE POUR LAQUELLE VOTRE ENFANT EST INSCRIT VOUS SERA FACTURÉE.**
- **TOUS LES ENFANTS AURONT DROIT À QUINZE JOURS PAR ANNÉE POUR DES VACANCES. CES JOURS SERONT CONSIDÉRÉS COMME ÉTANT DES JOURS DE CONGÉ PRÉVUS, SUR PRÉAVIS ÉCRIT DE DEUX SEMAINES. SI AUCUN PRÉAVIS N'EST DONNÉ, CES JOURS DE VACANCES VOUS SERONT FACTURÉS.**

Tous les frais doivent être acquittés avant que votre enfant puisse fréquenter le centre. Le paiement peut être effectué par chèque, par carte bancaire, par chèque Visa ou en espèces au bureau municipal de la Ville de Cochrane, à l'ordre de la Ville de Cochrane. Les paiements par chèque ou en espèces peuvent être effectués directement au Cochrane Child Care Centre/Garde d'enfants de Cochrane.

Le défaut de paiement, les paiements en retard et les chèques sans provision seront considérés comme constituant une contravention à la présente entente de la part du parent/tuteur, et entraîneront la cessation des services et le retrait de l'enfant du centre.

SIGNATURE DU MEMBRE DU PERSONNEL TÉMOIN

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR

DATE

DATE