

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Un frais d'inscription annuel de 35,00\$/ non-remboursable doit accompagner l'inscription.

<b>Nom de l'enfant</b>								
<b>Sexe</b>	M [ ] F [ ]	<b>Date de naissance</b>						
				JJ	MM	AAAA		
<b>Adresse postale</b>								
<b>Ville</b>				<b>Code postal</b>				
<b>Courriel</b>								
<b>Date de début</b>					<b>Date de fin</b>			
	JJ	MM	AAAA	JJ			MM	AAAA

INFORMATION FAMILIALE				
	MÈRE		PÈRE	
<b>Nom</b>				
<b>Adresse</b>				
<b># Téléphone</b>	( )		( )	
<b># Cellulaire</b>	( )		( )	
<b>Employeur</b>				
<b>Adresse</b>				
<b># Téléphone</b>	( )	# Poste _____	( )	# Poste _____
<b>L'enfant habite avec</b>	Mère [ ]	Père [ ]	Autre [ ]	
<b>Frère(s)/sœur(s) inscrits à la garderie du Soleil Levant</b>				

COCHEZ QUEL SERVICE ET JOURNÉE QUE VOUS SOUHAITEZ						
Plein temps [ ]		Occasionnel [ ]			Temps partiel [ ]	
Lundi [ ]	Mardi [ ]	Mercredi [ ]	Jeudi [ ]	Vendredi [ ]	Avant [ ]	Après [ ]

Personne à contacter en CAS D'URGENCE / RETARD: (autre que le parent)						
<b>Nom</b>				<b>Lien:</b>		
<b>Adresse</b>				<b>Ville</b>		
<b>Téléphone</b>	<b>Domicile</b>	( )	<b>Travail</b>	( )	# Poste _____	
<b># Cellulaire</b>	( )					
	<b>1. Personne autorisée à raccompagner l'enfant</b>			<b>2. Personne autorisée à raccompagner l'enfant</b>		
<b>Nom</b>						
<b>Adresse</b>						
<b># Tél. domicile</b>	( )		( )			
<b># Tél. travail</b>	( )	# Poste _____	( )	# Poste _____		
<b># Cellulaire</b>	( )			( )		

INFORMATION MÉDICALE							
Allergie				Symptômes à remarquer			
Problème ou besoins particuliers (régime, repos, exercice)							
Maladies contagieuses contactées							
Médecin de l'enfant					Tél.	( )	
Adresse			Ville				Code Postal
Numéro de carte de santé							

*S.V.P. Veuillez attacher une copie du carnet d'immunisation de votre enfant ou inscrivez les dates de tous les vaccins reçus à date.*

Date (yr/mth/day) (an./mo./j.)	Pertussis Coqueluche	Diphtheria Diphthérie	Tetanus Tétanos	Polio	Measles Rougeole	Mumps Oreillons	Rubella Rubéole	Haemophiles b	Tb Skin Test and result cuti. tuberc. Résultat	Comments, other immuni- zations or test Remarques, autres immunisa- tions ou épreuves.

**Note:** If oral polio is given, indicate with an "0"  
 Remarque: Si le vaccin antipoliomyélitique est administré par voie orale, inscrire "0"

\*Pertussis Whooping cough  
 Tetanus - Lockjaw  
 Rubella - German measles

Cette information a été obtenue: Source personnelle : \_\_\_\_\_

Du médecin : \_\_\_\_\_

## PERMISSIONS

---

### MÉDICAL

En cas d'urgence, je donne ma permission au Centre de services de garde " garderie du Soleil Levant" de conduire mon enfant au centre hospitalier le plus près ou l'accompagner en ambulance et d'accepter tout traitement médical, anesthésie ou autres procédés médicaux considérés nécessaire par le médecin, pour le bien-être de mon enfant, je comprends que je serai contacté immédiatement après l'accident.

Signature du parent ou tuteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

---

### SORTIE

Je permets à mon enfant de participer aux petites excursions organisées et supervisées par le Centre de services de garde garderie du Soleil Levant. Je comprends que ces sorties se feront à pieds. Cette permission comprend les promenades au parc et l'usage de l'équipement au terrain de jeux ainsi que les excursions dans le quartier du Centre. Pour les sorties éloignées nécessitant le transport par autobus ou autres, je comprends que j'aurai à signer une autre lettre de permission.

Signature du parent ou tuteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

---

### PHOTO

Au service de garde "La garderie du Soleil Levant" nous visons plusieurs activités tout au long de l'année. Afin d'informer les parents et la communauté de nos réalisations, nous souhaitons faire paraître des photos sur le site Internet ou ailleurs pour promouvoir des activités de la garderie et du camp d'été. Nous assurons qu'aucun nom d'enfant n'y apparaîtra. Comme votre enfant pourrait se retrouver sur une de ces photos et parce que la loi l'exige, nous devons obtenir l'autorisation d'un parent avant de publier ces photos. Cette autorisation serait valable pour l'année courante.

- J'accepte que mon enfant soit photographié et j'en autorise la parution dans la production des :
  - Vidéos
  - Cédéroms
  - Site Web de la garderie
  - Annonces publicitaires /Journaux/ Dépliants
  - Publications interne
  
- Je refuse que mon enfant paraisse sur les photographies publiées par le service de garde "La garderie du Soleil Levant."

Signature du parent ou tuteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

---

Signature de la direction : \_\_\_\_\_

Formulaire complété le \_\_\_\_\_

JJ/MM/AAAA

**Pour tout changement qui survient au courant de l'année, s.v.p. en aviser La Garderie du Soleil Levant**

