

FICHE D'INSCRIPTION - Garderie « Les petits boucs »

VÉRIFICATION DE L'ADMISSIBILITÉ À LA GARDERIE FRANCOPHONE

Âge et capacité de l'enfant

Avoir au moins 3 ans et demi.

Admissibilité

Le Conseil scolaire offre un service de garde en français langue première. L'enfant est admissible si un des parents rencontre au moins une des conditions suivantes.

Veillez répondre à chacun des trois (3) énoncés suivants :

1. Le français est la langue maternelle de l'un des parents et est encore compris. Oui Non
2. L'un des parents a reçu son instruction au niveau primaire en français langue première au Canada. Oui Non
3. L'un des parents a un enfant qui a reçu ou reçoit son instruction au niveau primaire ou secondaire en français langue première. Oui Non

Si l'enfant *ne rencontre pas* l'une des conditions ci-dessus, veuillez communiquer avec la coordonnatrice de la garderie : petitsboucs@csno.ab.ca

LANGUES PARLÉES

Langue(s) parlée (s) de la mère : français anglais autre(s), spécifiez : __
Langue(s) parlée (s) du père : français anglais autre(s), spécifiez : __
Langue(s) parlée (s) de l'enfant : français anglais autre(s), spécifiez : __
Langue(s) parlée (s) à la maison : français anglais autre(s), spécifiez : __

RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT (S.V.P., inscrire en lettres moulées)

Nom de famille de l'enfant: _____ Autre nom de famille de l'enfant _____

Prénom de l'enfant : _____ Deuxième prénom ou initiale de l'enfant _____

Date de naissance (jour/mois/année) _____/_____/_____ Copie du certificat de naissance (**obligatoire**)

Sexe : M F

Adresse et description légale du lieu de résidence de l'enfant :

No de rue ou description légale	ville	province	code postal
---------------------------------	-------	----------	-------------

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Numéro d'assurance maladie personnel d'Alberta *Health Care* : _____

Maladie ou condition médicale particulière. **S.V.P., veuillez préciser si votre enfant a :**

Allergies	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, laquelle : _____
Troubles du langage	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, laquelle : _____
Épilepsie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Autres	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, laquelle : _____

Veuillez indiquer si votre enfant a besoin d'une pompe ou d'un Epipen et/ou un médicament:

ASTHME / POMPE: OUI NON EPIPEN: OUI NON MÉDICAMENT: OUI NON

Si oui, vous devez remplir et signer le formulaire DA 313A . Voir Annexe B.

Est-ce que le programme de vaccination est à jour ? Oui Non

Veuillez ajouter tout autre renseignement pertinent à la santé et sécurité de votre enfant :

J'ai rempli et joint le Formulaire « **Autorisation d'administration de soins médicaux en cas d'urgence** ». Voir **Annexe A (OBLIGATOIRE)**

PARENT(S)/TUTEUR(S)

COCHEZ : L'enfant vit avec : Père et mère Mère Père Tuteur Autres

_____ Téléphone : _____ / _____ / _____
NOM ET PRÉNOM DE LA MÈRE/TUTRICE à domicile / au travail / cellulaire

Adresse postale de la mère/tutrice: _____
No de rue ou case postale ville province code postal

Description de l'adresse légale : _____ Courriel* : _____
(*Voir Annexe C)

_____ Téléphone : _____ / _____ / _____
NOM ET PRÉNOM DU PÈRE/TUTEUR à domicile / au travail / cellulaire

Adresse postale du père /tuteur : _____
No de rue ou case postale ville province code postal

Description de l'adresse légale _____ Courriel* : _____
(*Voir Annexe C)

AUTRE(S) CONTACT(S) D'URGENCE : Identifier au moins une (1) autre personne contacte :

_____ **Téléphone :** _____ / _____ / _____
Nom et prénom du contact à domicile / au travail / cellulaire

Relation avec l'enfant : _____

Description légale de la résidence : _____

GARDE DES ENFANTS

Il arrive qu'un enfant soit « protégé » par décision d'une Cour de justice en vertu soit du *Child Welfare Act*, du *Domestic Relations Act*, du *Divorce Act* ou encore du *Young Offenders Act*. Veuillez indiquer si la coordonnatrice de la garderie devrait être mise au courant d'une telle décision judiciaire concernant la protection de votre enfant.

- Non Oui (**Si oui**, veuillez discuter de la situation avec la coordonnatrice du service de garde et fournir une copie de la documentation légale à l'appui.)

Couts

Le service de garde offert par le Conseil scolaire du Nord-Ouest est désigné *Centre d'apprentissage et de garde des jeunes enfants*. Ce programme reçoit un financement qui permet aux familles de bénéficier de services de garde de qualité pour 25 \$ par jour.

DÉCLARATION ET SIGNATURE

Je déclare par la présente que les renseignements donnés ci-dessus sont vrais, exacts et complets.

Signature du parent/tuteur

Date

AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE SOINS MÉDICAUX EN CAS D'URGENCE

Les données personnelles sur ce formulaire sont recueillies en vertu de la section 33 c) de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée (FOIPP). Cette information ne sera utilisée que pour l'administration du traitement médical décrit ci-dessous. Si vous avez des questions concernant la cueillette ou l'utilisation de ces données, veuillez communiquer avec la trésorière du Conseil scolaire du Nord-Ouest au 780 624-8855.

INFORMATION

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____

Numéro d'assurance maladie de l'enfant : _____

COORDONNÉES DU PARENT/TUTEUR

Nom du parent/tuteur) : _____

Adresse (description légale) : _____

Téléphone : Maison _____

Travail (mère) _____

Cellulaire (mère) _____

Travail (père) _____

Cellulaire (père) _____

AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Téléphone : _____

Adresse (description légale) : _____

AUTORISATION DU PARENT

Je, _____ , autorise le personnel de la garderie *Les petits bouds*
Nom du parent/tuteur

à administrer des soins médicaux d'urgence ou à faire appel à des soins ambulanciers pour mon enfant :

Nom de l'enfant

Démarches en cas d'accident/d'urgence par l'éducatrice/aide-éducatrice :

1. Administre les premiers soins.
2. Appelle les soins ambulanciers (911)
3. Communique avec le parent ou la personne à contacter en cas d'urgence

Date

Signature des parents/tuteurs

DEMANDE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS OU DE SOINS MÉDICAUX

Les données personnelles sur ce formulaire sont recueillies en vertu de la section 33 c) de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée (FOI/PA). Cette information ne sera utilisée que pour l'administration du traitement médical décrit ci-dessous. Si vous avez des questions concernant la cueillette ou l'utilisation de ces données, veuillez communiquer avec la trésorière du Conseil scolaire du Nord-Ouest au 780 624-8855.

INFORMATION

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____

Numéro d'assurance maladie de l'enfant : _____

Établissement médical désigné/hôpital / nom du médecin
en cas d'urgence avec numéro de téléphone : _____

COORDONNÉES DU PARENT/TUTEUR

Nom du parent/tuteur : _____

Adresse (description légale) : _____

Téléphone : Maison _____

Travail (mère) _____

Cellulaire (mère) _____

Travail (père) _____

Cellulaire (père) _____

AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Téléphone: _____

Adresse (description légale) : _____

DEMANDE DU PARENT

Je, _____, autorise le personnel de la garderie Les petits boucs
Nom du parent/tuteur

à administrer des soins médicaux ou des médicaments à : _____
Nom de l'enfant

Nom du médicament à administrer	Dose	Fréquence
<input type="checkbox"/> Copie de l'information pharmacologique (description et effets secondaires) fournie à la garderie		

Nom du médicament à administrer	Dose	Fréquence
<input type="checkbox"/> Copie de l'information pharmacologique (description et effets secondaires) fournie à la garderie		

Date

Signature des parents/tuteurs

AUTORISATION DES COMMUNICATIONS PAR MESSAGES ÉLECTRONIQUES

La Loi canadienne anti pourriel (LCAP) est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2014. Depuis, nous n'avons plus la possibilité de vous envoyer des communications électroniques qui pourraient être de nature « commerciale », sans votre autorisation. (*Pour plus de renseignements, visitez le site Web : fightspam.gc.ca)

Afin de faciliter la communication au sein de la communauté scolaire, le Conseil scolaire du Nord-Ouest (CSNO) et la garderie *Les petits boucs* désirent communiquer avec vous par **messages électroniques**. Ces communications seront envoyées par la garderie (et à l'occasion, par la direction d'école ou le conseil scolaire) et pourront inclure : communiqués, calendriers, invitations, messages importants, formulaires, annonces, etc.

Puisque ces communications peuvent parfois contenir *des offres diverses, des annonces ou des événements liés à la vie scolaire ayant une composante financière*, nous devons obtenir votre consentement afin de communiquer avec vous par message électronique.

Veuillez remplir le formulaire suivant et l'inclure avec la fiche d'inscription.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Nom du/des parents :

S.V.P., cochez l'une des options suivantes :

Je consens à recevoir par message électronique des communications, lesquelles comprennent des nouvelles, des mises à jour et des promotions concernant les activités de la garderie et du CSNO à cette(ces) adresse(s) courriel(s) :

1.

2.

3.

N.B. Ce consentement est valide jusqu'à ce que vous retiriez votre consentement.

Il sera possible de retirer votre consentement à tout moment.

Je ne consens pas à recevoir de messages électroniques de la garderie.

Signature

Date

Plus de renseignements : Conseil scolaire du Nord-Ouest N°1
CP 1220 Saint-Isidore (Alberta) T0H 3B0
Téléphone : 780 624-8855 / Sans frais: 1 866 624-8855 www.csno.ab.ca