

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.

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 boucs*
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 évènements 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