

**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE PREMIER ENFANT**

\_\_\_\_\_

Prénom et nom de l'enfant

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

Ville

\_\_\_\_\_

Code postal

\_\_\_\_\_

Téléphone

\_\_\_\_\_

Date de naissance

\_\_\_\_\_

Âge

\_\_\_\_\_

Sexe      F                  M

\_\_\_\_\_

No assurance-maladie

\_\_\_\_\_

Date d'expiration

\_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS**

\_\_\_\_\_

Nom du père

\_\_\_\_\_

Nom de la mère

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ville

\_\_\_\_\_

Code postal

\_\_\_\_\_

Ville

\_\_\_\_\_

Code postal

\_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire

\_\_\_\_\_

Téléphone travail

\_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire

\_\_\_\_\_

Téléphone travail

\_\_\_\_\_

Adresse courriel

\_\_\_\_\_

Adresse courriel

\_\_\_\_\_

**EN CAS D'URGENCE**

Personne à joindre en cas d'**urgence** :

Père et mère                  Mère                  Père                  Tuteur

Deux autres personnes à joindre en cas d'**urgence** :

\_\_\_\_\_

Prénom et nom

\_\_\_\_\_

Prénom et nom

\_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant

\_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire

\_\_\_\_\_

Téléphone (autre)

\_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire

\_\_\_\_\_

Téléphone (autre)

\_\_\_\_\_

**PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER MES ENFANTS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CONDITION MÉDICALE**

Votre enfant a-t-il une maladie/condition médicale diagnostiquée? Oui  Non

Votre enfant prend-il des médicaments en lien avec cette condition médicale? Oui  Non

Si oui, noms des médicaments :

Posologie :

Devra-t-il prendre ses médicaments au service de garde? Oui  Non

Les prend-il lui-même?  Oui  Non  Précisez :

**\*Si votre enfant doit prendre des médicaments,** vous devrez, à votre arrivée au service de garde, remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

Un formulaire d'autorisation doit être rempli pour tous les médicaments, incluant ceux en vente libre (acétaminophène, Advil, etc.).

**ALLERGIES**

Votre enfant a-t-il des allergies?

Fièvre des foins  Oui  Non

Herbe à puce  Oui  Non

Piqûres d'insecte  Oui  Non

Animaux\*  Oui  Non

Médicaments\*  Oui  Non

Allergies alimentaires\*  Oui  Non

\*Précisez :

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies?

Oui  Non

**À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE**

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le service de garde de la Municipalité de Val-Alain à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline \_\_\_\_\_ à mon enfant.

Le fait de cocher cette case équivaut à la signature du parent.

A	A	A	A	M	M	J	J
Date							

**AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES ( UTILISEZ LES ÉNONCÉS APPLICABLES À VOTRE SITUATION )**

Votre enfant sait-il nager? Oui  Non

Votre enfant a-t-il besoin de flotteurs, ballon dorsal, veste de flottaison? Oui  Non

Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions? Oui  Non

Si oui, expliquez :

**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE DEUXIÈME ENFANT**

\_\_\_\_\_

Prénom et nom de l'enfant

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

Ville

\_\_\_\_\_

Code postal

\_\_\_\_\_

Téléphone

\_\_\_\_\_

Date de naissance

\_\_\_\_\_

Âge

\_\_\_\_\_

Sexe      F              M

\_\_\_\_\_

No assurance-maladie

\_\_\_\_\_

Date d'expiration

\_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS**

\_\_\_\_\_

Nom du père

\_\_\_\_\_

Nom de la mère

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ville

\_\_\_\_\_

Code postal

\_\_\_\_\_

Ville

\_\_\_\_\_

Code postal

\_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire

\_\_\_\_\_

Téléphone travail

\_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire

\_\_\_\_\_

Téléphone travail

\_\_\_\_\_

Adresse courriel

\_\_\_\_\_

Adresse courriel

\_\_\_\_\_

**EN CAS D'URGENCE**

Personne à joindre en cas d'**urgence** :

Père et mère                      Mère                      Père                      Tuteur

Deux autres personnes à joindre en cas d'**urgence** :

\_\_\_\_\_

Prénom et nom

\_\_\_\_\_

Prénom et nom

\_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant

\_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire

\_\_\_\_\_

Téléphone (autre)

\_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire

\_\_\_\_\_

Téléphone (autre)

\_\_\_\_\_

**PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER MES ENFANTS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## CONDITION MÉDICALE

Votre enfant a-t-il une maladie/condition médicale diagnostiquée? Oui Non

Votre enfant prend-il des médicaments en lien avec cette condition médicale? Oui Non

Si oui, noms des médicaments : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

Devra-t-il prendre ses médicaments au service de garde? Oui Non

Les prend-il lui-même? Oui Non Précisez : \_\_\_\_\_

**\*Si votre enfant doit prendre des médicaments,** vous devrez, à votre arrivée au service de garde, remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

Un formulaire d'autorisation doit être rempli pour tous les médicaments, incluant ceux en vente libre (acétaminophène, Advil, etc.).

## ALLERGIES

Votre enfant a-t-il des allergies?

Fièvre des foins Oui Non

Herbe à puce Oui Non

Piqûres d'insecte Oui Non

Animaux\* Oui Non

Médicaments\* Oui Non

Allergies alimentaires\* Oui Non

\*Précisez : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies?

Oui Non

### À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le service de garde de la Municipalité de Val-Alain à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline \_\_\_\_\_ à mon enfant.

Le fait de cocher cette case équivaut à la signature du parent.

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

Date

## AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES (UTILISEZ LES ÉNONCÉS APPLICABLES À VOTRE SITUATION)

Votre enfant sait-il nager? Oui Non

Votre enfant a-t-il besoin de flotteurs, ballon dorsal, veste de flottaison? Oui Non

Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions? Oui Non

Si oui, expliquez : \_\_\_\_\_



## SERVICE DE GARDE

### CONTRAT DE FRÉQUENTATION 2023-2024 – PREMIER ENFANT

**Entre :** La Municipalité de Val-Alain pour « Service de garde municipal de Val-Alain »  
Adresse de correspondance : 648, rue Principale, Val-Alain (Québec) G0S 3H0  
Adresse du service : École Ste-Thérèse, 1198, rue de l'Église, Val-Alain (Québec) G0S 3H0  
418 744-3222 info@val-alain.com

**Et :** Le Parent

Dont les informations personnelles sont inscrites à la première page

**Concernant la garde de l'Enfant :**

Dont les informations personnelles sont inscrites à la première page

#### SERVICE DE GARDE RETENU PAR LE PARENT

**Utilisateur régulier :** Indiquez les périodes de fréquentation désirées.

Heure d'arrivée	Heure de départ	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
		Matin				
		Après-midi				

**Attention :** vous devez cocher seulement les journées que vous êtes certains d'utiliser, car les journées réservées seront facturées, que le service soit utilisé ou non.

**Journées pédagogiques :** Une feuille d'inscription sera transmise au parent utilisateur régulier avant chaque journée pédagogique et avant la semaine de relâche par la responsable du service de garde.

**Utilisateur occasionnel :** Mon enfant fréquentera le service de garde au besoin et j'aviserai l'éducatrice au moins la veille avant 16h. Pour une fréquentation le lundi, l'éducatrice doit être avisée au plus tard le vendredi à 16h. **Le parent doit se procurer une carte prépayée au bureau municipal avant d'utiliser le service.**

**Journée pédagogique :** Le parent utilisateur occasionnel devra communiquer à l'avance avec la responsable du service de garde pour obtenir une feuille d'inscription avant chaque journée pédagogique et avant la semaine de relâche.

#### DURÉE DU CONTRAT

Le contrat entre en vigueur le (date de la première journée de fréquentation de l'Enfant)

et se termine le .

Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles sont transmises uniquement à son éducatrice afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

### NOM DE LA PERSONNE À QUI DOIT ÊTRE REMIS LE RELEVÉ 24

Nom	Prénom	NAS

\*Il est obligatoire de fournir le NAS pour produire le relevé 24.

### AUTORISATION DES PARENTS

- Étant donné que le service de garde de la Municipalité de Val-Alain prendra des photos et/ou vidéos au cours des activités de mon enfant, je les autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du service de garde de la Municipalité de Val-Alain.
- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant l'année scolaire, je m'engage à transmettre cette information à la responsable du service de garde.
- En signant la présente, j'autorise le service de garde de la Municipalité de Val-Alain à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la responsable du service de garde de la Municipalité de Val-Alain le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- Je m'engage à collaborer avec les intervenants du service de garde de la Municipalité de Val-Alain et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Le fait de cocher cette case équivaut à la signature du parent.

A	A	A	A	M	M	J	J		
Date									

### SIGNATURES

Par la présente, je déclare avoir lu et compris le document **Règles et fonctionnement du service de garde de la Municipalité de Val-Alain 2023-2024** et qu'il fait partie intégrante du présent contrat.

Le fait de cocher cette case équivaut à la signature du parent.

A	A	A	A	M	M	J	J		
Date									

\_\_\_\_\_  
Signature de la municipalité

\_\_\_\_\_  
Lieu

A	A	A	A	M	M	J	J		
Date									



## SERVICE DE GARDE

### CONTRAT DE FRÉQUENTATION 2023-2024 – DEUXIÈME ENFANT

**Entre :** La Municipalité de Val-Alain pour « Service de garde municipal de Val-Alain »  
Adresse de correspondance : 648, rue Principale, Val-Alain (Québec) G0S 3H0  
Adresse du service : École Ste-Thérèse, 1198, rue de l'Église, Val-Alain (Québec) G0S 3H0  
418 744-3222 info@val-alain.com

**Et :** Le Parent

Dont les informations personnelles sont inscrites à la première page

**Concernant la garde de l'Enfant :**

Dont les informations personnelles sont inscrites à la première page

#### SERVICE DE GARDE RETENU PAR LE PARENT

**Utilisateur régulier :** Indiquez les périodes de fréquentation désirées.

Heure d'arrivée	Heure de départ	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
	Matin					
	Après-midi					

**Attention :** vous devez cocher seulement les journées que vous êtes certains d'utiliser, car les journées réservées seront facturées, que le service soit utilisé ou non.

**Journées pédagogiques :** Une feuille d'inscription sera transmise au parent utilisateur régulier avant chaque journée pédagogique et avant la semaine de relâche par la responsable du service de garde.

**Utilisateur occasionnel :** Mon enfant fréquentera le service de garde au besoin et j'aviserai l'éducatrice au moins la veille avant 16h. Pour une fréquentation le lundi, l'éducatrice doit être avisée au plus tard le vendredi à 16h. **Le parent doit se procurer une carte prépayée au bureau municipal avant d'utiliser le service.**

**Journée pédagogique :** Le parent utilisateur occasionnel devra communiquer à l'avance avec la responsable du service de garde pour obtenir une feuille d'inscription avant chaque journée pédagogique et avant la semaine de relâche.

#### DURÉE DU CONTRAT

Le contrat entre en vigueur le (date de la première journée de fréquentation de l'Enfant)

et se termine le .

Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles sont transmises uniquement à son éducatrice afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

### NOM DE LA PERSONNE À QUI DOIT ÊTRE REMIS LE RELEVÉ 24

Nom	Prénom	NAS

\*Il est obligatoire de fournir le NAS pour produire le relevé 24.

### AUTORISATION DES PARENTS

- Étant donné que le service de garde de la Municipalité de Val-Alain prendra des photos et/ou vidéos au cours des activités de mon enfant, je les autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du service de garde de la Municipalité de Val-Alain.
- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant l'année scolaire, je m'engage à transmettre cette information à la responsable du service de garde.
- En signant la présente, j'autorise le service de garde de la Municipalité de Val-Alain à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la responsable du service de garde de la Municipalité de Val-Alain le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- Je m'engage à collaborer avec les intervenants du service de garde de la Municipalité de Val-Alain et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Le fait de cocher cette case équivaut à la signature du parent.

A	A	A	A	M	M	J	J
Date							

### SIGNATURES

Par la présente, je déclare avoir lu et compris le document **Règles et fonctionnement du service de garde de la Municipalité de Val-Alain 2023-2024** et qu'il fait partie intégrante du présent contrat.

Le fait de cocher cette case équivaut à la signature du parent.

A	A	A	A	M	M	J	J
Date							

\_\_\_\_\_  
Signature de la municipalité

\_\_\_\_\_  
Lieu

A	A	A	A	M	M	J	J
Date							