

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE PREMIER ENFANT

<input type="text"/>		
Prénom et nom de l'enfant		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Ville	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone	Date de naissance	Âge
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexe F M	No assurance-maladie	Date d'expiration
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom du père	Nom de la mère
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Adresse
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	Ville
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone cellulaire	Téléphone cellulaire
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone travail	Téléphone travail
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse courriel	Adresse courriel
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 :

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom et nom	Prénom et nom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lien avec l'enfant	Lien avec l'enfant
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone cellulaire	Téléphone (autre)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone cellulaire	Téléphone (autre)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER MES ENFANTS

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 : _____

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE DEUXIÈME ENFANT

<input type="text"/>		
Prénom et nom de l'enfant		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Ville	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone	Date de naissance	Âge
Sexe F M	No assurance-maladie	Date d'expiration

RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom du père	Nom de la mère
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Adresse
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	Ville
Code postal	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone cellulaire	Téléphone cellulaire
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone travail	Téléphone travail
<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 :

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom et nom	Prénom et nom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lien avec l'enfant	Lien avec l'enfant
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone cellulaire	Téléphone (autre)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone cellulaire	Téléphone (autre)

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER MES ENFANTS

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 : _____

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
_____	_____					

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)

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

et se termine le

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

.

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 2025-2026*** 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					Date				

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
_____	_____					

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 2025-2026*** 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							