

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

POUR LES SERVICES DU SECTEUR ENFANCE-FAMILLE (0-12 ANS)

YOUTH, CHILD & FAMILY SECTOR REGISTRATION FORM FOR CHILDREN 0 TO 12 YEARS OF AGE

CRFM
Bagotville



MFRC
Bagotville

Nom de l'enfant/Child's name: _____

Langue(s) parlée(s)/
Language(s) spoken: _____

Langue(s) comprise(s)/
Language(s) understood: _____

Adresse/Address: _____

Casier postal/P.O. box: _____

Ville/City: _____

Province: _____

Code postal/Postal code: _____

Date de naissance/Date of birth : ____/____/____
(jj/mm/aaaa | (dd/mm/yyyy))

Téléphone/Telephone: _____

Numéro d'assurance maladie/Health insurance number: _____

Nom du parent n°1/Parent #1 name: _____

Employeur/Employer: _____

Téléphone/Telephone: _____

3 derniers chiffres du matricule/
3 last digits of service number: _____

Adresse courriel/
Email address: _____

Nom du parent n°2/Parent #2 name: _____

Employeur/Employer: _____

Téléphone/Telephone: _____

3 derniers chiffres du matricule/
3 last digits of service number: _____

Adresse courriel/
Email address: _____

J'autorise le CRFM de Bagotville à me transmettre des informations concernant les services offerts.
I authorize the Bagotville MFRC to send me information concerning the services offered.

PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE / PERSON TO CONTACT IN CASE OF AN EMERGENCY:

Nom/Name: _____

Téléphone/Telephone: _____

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant/
Person(s) authorized to pick up your child:

Adresse électronique/Email address: _____

**REÇU DE FRAIS DE GARDE (RELEVÉ 24)/
CHILDCARE EXPENSE RECEIPTS (RL-24 SLIP)**

Oui/Yes

Non/No

Parent #1

Parent #2

Numéro d'assurance sociale/
Social insurance number: _____

**CODE DE LA PORTE/
DOOR CODE**

(Numéro/ Number)

VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL D'ALLERGIES ? / DOES YOUR CHILD HAVE ANY ALLERGIES?

TYPE OUI/YES NON/NO LESQUELLES? / WHICH ONES?

Médicaments/Medications

Aliments/Foods

Animaux/Animals

Autres/Others

Votre enfant souffre-t-il présentement d'une **maladie ou de troubles particuliers**? / Does your child suffer from **any illnesses or problems**?

Oui/Yes

Non/No

Si oui, veuillez spécifier. / If so, please specify :

PRÉCISIONS SUR LES SERVICES REQUIS / DETAILS OF REQUIRED SERVICES:

Veillez cocher le ou les services du secteur Enfance-famille (0-12 ans) que vous désirez utiliser.
Please check the services that you wish to use (0- to 12-year-olds):

Halte-répit/Respite Daycare

Date de l'inscription/Registration Date: _____

Ateliers préscolaires/Preschool workshop (Les Croquignoles)

Date de l'inscription/Registration Date: _____

Ateliers préscolaires/Preschool workshop (The Bears)

Date de l'inscription/Registration Date: _____

Garde scolaire/School Care

Date de l'inscription/Registration Date: _____

Journées pédagogiques/P.D. days

Date de l'inscription/Registration Date: _____

Pédagogiques d'été/Summer P.D. days

Date de l'inscription/Registration Date: _____

Autres/Other: _____

Date de l'inscription/Registration Date: _____

SCOLAIRE / SCHOOL

L'enfant est-il autorisé à quitter seul? / Is the child authorized to leave on their own?

Oui/Yes

Non/No

À quelle heure ? / At what time? _____

École fréquentée / School attended: _____

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES / ADDITIONAL INFORMATION

AUTORISATIONS / AUTHORIZATIONS

J'accepte que mon enfant participe aux activités culinaires pendant l'année et je dégage le CRFM de toutes responsabilités en ce qui concerne la dégustation des aliments.

I authorize my child to participate in culinary activities during the year; I release the MFRC of any responsibility related to the tasting of food.

Par la présente, j'autorise le personnel du secteur 0-12 ans à sortir de la cour avec mon enfant. Celui-ci sera accompagné de l'éducatrice assignée dans tous ses déplacements à pied.

I hereby give permission to the 0-12-Year-Olds Sector staff to leave the yard with my child. I am aware that my child will always be accompanied by a childcare worker when he or she leaves the property on foot.

J'autorise le personnel du secteur 0-12 ans à prendre les dispositions nécessaires relatives à la santé de mon enfant en cas d'urgence et à m'aviser dans les plus brefs délais.

I authorize the 0-12-Year-Olds Sector staff to take any necessary measures regarding my child's health in case of an emergency, and they will advise me as soon as possible.

J'autorise le CRFM à utiliser les mesures nécessaires, qui peuvent comprendre le déplacement en véhicule, afin d'assurer la sécurité de mon enfant en cas d'urgence. Dès que possible, le CRFM communiquera avec moi afin de m'informer de l'évolution de la situation.

I hereby authorize the MFRC to use necessary measures, which may include transportation in a vehicle, to ensure my child's safety in case of an emergency. The MFRC will contact the parent(s) to inform them about the situation's development.

Je dégage le CRFM de toutes responsabilités face aux incidents impliquant mon enfant lorsqu'il n'est pas sous la responsabilité des employés du CRFM.

I will not hold the MFRC responsible for any incident which occurs if the child is not under the responsibility of MFRC employees.

En tant que parent (ou tuteur), j'affirme avoir lu et compris le présent règlement du secteur et je consens à m'y conformer.

I have read this document as a parent (or legal guardian) and understand the various rules and regulations; I agree to abide by them.

Tous les renseignements ci-inclus demeurent confidentiels et ne serviront qu'aux fins du CRFM.

The information contained in this document is strictly confidential and will only be used by MFRC staff members.

*Signature du parent ou tuteur/
Parent or guardian's signature:*

Date :

Date de l'inscription/
Registration Date: _____

Date de cessation de services/
Date service termination: _____