



Les Étoiles Brillantes

TOUJOURS BRILLANTS!

Trousse d'inscription

** Réserve à la direction**	
Date d'inscription	
Date de début	
Dépôt	

Le Ministère de l'Éducation exige que nous ayons au dossier de votre enfant, toutes les informations à jour.

Par conséquent, à chaque année, vous devez remplir une nouvelle trousse d'inscription. Afin de finaliser l'inscription de votre enfant, SVP compléter **toutes les informations demandées**.

Nom de l'enfant	
Programme	

SVP remettre les éléments suivants

Parent

Administration

J'ai rempli toutes les informations du formulaire

Initiales

Révisé par

Formulaire d'inscription		
Contrat d'engagement		
Questionnaire		
Tableau d'immunisation et photocopie du certificat de vaccination		
Chèque pour les frais d'inscription		
Chèque pour le dépôt		



Les Étoiles Brillantes

TOUJOURS BRILLANTS!

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

PROGRAMME GARDERIE	2 jours Mardi-jeudi	3 jours Lundi, Merc, Vendr.	5 jours Lundi au vendredi
Bambin (18 mois à 2 ½ ans) : 1 diner et 2 collations	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
Préscolaire (2 ½ ans à 4 ans) : 1 diner et 2 collations	P <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>

PROGRAMME SCOLAIRE	2 jours	3 jours	5 jours			
Avant école et après école - 2 collations incluses	AvAp <input type="checkbox"/>	AvAp <input type="checkbox"/>	AvAp <input type="checkbox"/>			
Avant école seulement (7 h - 8 h) – 1 collation incluse	Av <input type="checkbox"/>	Av <input type="checkbox"/>	Av <input type="checkbox"/>			
Après école seulement - 1 collation incluse	Ap <input type="checkbox"/>	Ap <input type="checkbox"/>	Ap <input type="checkbox"/>			
Lundi <input type="checkbox"/>	Mardi <input type="checkbox"/>	Mercredi <input type="checkbox"/>	Jeudi <input type="checkbox"/>	Vendredi <input type="checkbox"/>	A.M. <input type="checkbox"/>	P.M. <input type="checkbox"/>

Nom de l'enfant					
Sexe	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Date de naissance		
	X <input type="checkbox"/>				
Adresse postale					
Ville			Code postal		
Courriel					
Numéro de téléphone					

INFORMATION MÉDICALE					
Allergie(s)			Epipen <input type="checkbox"/>	Asthme <input type="checkbox"/>	
	Je permets à l'éducatrice de porter les médicaments (Epipen, pompes...) de mon enfant, lors de la période de jeu à extérieur. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Signature du Parent				
Informations ou besoins particuliers (régime, repos, exercice)					
Maladies contagieuses contactées					
Médecin de l'enfant			Tél.	__ - ____	
Adresse			Ville	Code Postal	
Numéro de carte de santé					

INFORMATION FAMILIALE		
	PARENT 1	PARENT 2



Les Étoiles Brillantes

TOUJOURS BRILLANTS!

Nom						
Adresse (si différente de celle de l'enfant)						
Téléphone						
Cellulaire						
Employeur						
Adresse de l'employeur						
Téléphone bureau						
L'enfant habite avec	Parents 1&2 <input type="checkbox"/>	Parent 1 <input type="checkbox"/>	Parent 2 <input type="checkbox"/>	Autre, Précisez SVP <input type="checkbox"/>		
Frère(s)/sœur(s) inscrit(e)s à "Les Etoiles brillantes"						
Noms						

Personnes à contacter en CAS D'URGENCE / RETARD: (autres que les parents)		
	1.	2.
Nom		
Lien		
Tel.		

Personnes autorisées à chercher l'enfant (autres que les parents)		
	1.	2.
Nom		
Lien		
Tel.		

FINANCES		
SVP Facturer :	<input type="checkbox"/> Parent 1	<input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> les deux

J'atteste que les informations fournies sont valides et que je suis responsable de tenir ces renseignements à jour en informant Les Etoiles Brillantes par écrit de tout changement dans une section quelconque ci-dessus.

Signature du parent ou tuteur

Date



Les Étoiles Brillantes

TOUJOURS BRILLANTS!

CONTRAT D'ENGAGEMENT

En tant que client de "Les Etoiles Brillantes", je m'engage à contribuer au bon fonctionnement du programme et à m'acquitter de mes responsabilités opérationnelles et financières.

Responsabilités financières

Afin d'assurer le bon fonctionnement du programme, je comprends que;

1. Pour tous les programmes, je dois m'acquitter de ma facture au plus tard le 1^{er} du mois. Ceci pour la durée complète du programme.
2. Les journées de maladie et/ou vacances ne sont pas remboursables
3. Si je retire mon enfant ou si j'apporte des changements à son inscription, je dois donner 2 semaines d'avis par écrit pour le programme d'avant/après école et un mois pour les programmes bambins et préscolaires
4. Je dois payer des frais de 25\$ pour chaque chèque sans provision
5. Un reçu d'impôt sera envoyé à la fin du mois de février. Je suis donc responsable de communiquer tout changement d'adresse au bureau d'administration.

J'ai lu les règlements et les politiques ci-haut mentionnées et j'accepte de les observer et de les respecter.

Autorisation de photos

En tant que parent ou tuteur responsable,

1. J'autorise que les photos prises dans le cadre des activités aux programmes de "Les Etoiles Brillantes" soient utilisées à des fins de publicité pour parution dans les brochures, journaux, bulletins mensuels, site web (www.lesetoilesbrillantes.org) et toute autre moyen de promotion jugé pertinent par le conseil d'administration
2. Je comprends que cette autorisation s'étend également aux réalisations et autres documents ou objets que mon enfant aura créés dans le cadre de ses activités aux programmes de "Les Etoiles Brillantes".

- J'accepte les politiques de photos ci-haut mentionnés.
- Je refuse les politiques de photos ci-haut mentionnés.



Les Étoiles Brillantes

TOUJOURS BRILLANTS!

Responsabilités opérationnelles

Afin d'assurer le bon fonctionnement du programme, je comprends que :

1. Je dois remettre tous les formulaires du dossier d'inscription dûment rempli avant la date prescrite. Je dois remplir toutes les informations requises au dossier et les tenir à jour
2. En cas d'absence ou retard, j'aviserai "Les Etoiles Brillantes"
Au (416) 855-2044.
3. Pour chaque retard, je dois payer une pénalité de retard à l'éducatrice au programme, au moment même où je reprends mon enfant :
 - a) Sauf en cas d'arrangement préalable, une pénalité de 10\$, en plus de payer une pénalité additionnelle de 1\$ par minute de retard par famille
 - b) Si la pénalité n'est pas payée dans un délai de 2 semaines suivant la date, l'administration enverra une facture.
4. En cas de maladie, je comprends que je dois aviser le service de garde et garder mon enfant malade à la maison (ex. fièvre, diarrhée, infections, maladies contagieuses, poux etc.)
5. En tout temps, les règlements du "code de vie" de l'école sont en vigueur et applicables aux services de garde "Les Etoiles Brillantes"
6. En cas d'urgence, mon enfant peut être confié à l'une des personnes mentionnées sur le formulaire d'inscription moyennant une pièce d'identité valable.
7. Je dégage "Les Etoiles Brillantes", l'éducatrice ou un membre de "Les Etoiles Brillantes" de toute responsabilité encourue à la suite d'un accident, d'une blessure ou de maladie survenus à l'école ou à l'occasion d'une activité parascolaire
8. **Permission médicale** : En cas d'urgence, je donne ma permission au Centre de services de garde " Les Étoiles Brillantes" de conduire mon enfant au centre hospitalier le plus près ou l'accompagner en ambulance et d'accepter tout traitement médical, anesthésie ou autres procédés médicaux considérés nécessaire par le médecin, pour le bien-être de mon enfant, je comprends que je serai contacté immédiatement après l'accident.
9. **Sorties**: Je permets à mon enfant de participer aux petites excursions organisées et supervisées par le Centre de services de garde garderie Les Étoiles Brillantes. Je comprends que ces sorties se feront à pied. Cette permission comprend les promenades au parc et l'usage de l'équipement au terrain de jeux ainsi que les excursions dans le quartier du Centre. Pour les sorties éloignées nécessitant le transport par autobus ou autres, je comprends que je signerai une autre lettre de permission.

J'ai lu les règlements et les politiques ci-haut mentionnés et j'accepte de les observer et de les respecter

Nom de l'enfant			
Signature parent/tuteur		Date:	



Les Étoiles Brillantes

TOUJOURS BRILLANTS!

Questionnaire du développement de l'enfant

Aidez-nous à mieux comprendre votre enfant

Nom de l'enfant	
-----------------	--

Santé

Décrire l'état de santé de votre enfant (ex. allergies, rhumes répétitifs, tubes aux oreilles, reflux...)

Développement langagier

Comment l'enfant communique-t-il/elle?

Développement socio-affectif

Décrire le développement émotif et social de votre enfant

Comment votre enfant réagit aux situations difficiles (ex. pleurs, crises de colères...)

Est-ce que votre enfant a des peurs? Comment est-ce qu'il/elle réagit aux inconnus?



Les Étoiles Brillantes

TOUJOURS BRILLANTS!

Autonomie

Votre enfant est-il autonome? Donner des exemples de ses habilités.

Autre

Décrire comment vous disciplinez ou gérez les comportements de votre enfant à la maison

Avez-vous des commentaires à ajouter afin de nous aider à donner les meilleurs soins possibles à votre enfant

Maladies contagieuses

SVP énumérer les maladies contagieuses que votre enfant a eu depuis sa naissance

Exigences spéciales

Veuillez décrire les exigences spéciales en matière de régime alimentaire et d'habitudes alimentaires

Veuillez décrire les exigences spéciales en matière de repos (habitudes de sommeil, de sieste)

Veuillez décrire les exigences spéciales en matière d'exercice. Enfant plus ou moins sédentaire?

Immunization Information for Licensed Child Care Settings

1. Name of Child Care Centre: _____

Please check off the box that best describes your child:

<input type="checkbox"/> Pre-School Program	start date: _____ / _____	
	YYYY MM	
<input type="checkbox"/> JK or SK Program (at child care centre)		start date: _____ / _____
		YYYY MM
<input type="checkbox"/> Before School Program	start date: _____ / _____	_____
	YYYY MM	Name of Elementary School Attending
<input type="checkbox"/> After School Program	start date: _____ / _____	_____
	YYYY MM	Name of Elementary School Attending

2. Personal Information (Please PRINT clearly)

Child's information -please print name as it appears on school registration:

Last Name: _____ First Name: _____ Middle Name: _____

Date of Birth: _____ / _____ / _____ Male Ontario Health Card #: _____ Version Code
 YYYY MM DD Female _____ - _____ - _____ _____

Street Address: _____ Unit/Apt: _____

City/Town: _____ Postal Code: _____

Name of Doctor: _____ Doctor's Phone #: (_____) _____

Parent/Guardian Information:

Last Name: _____ First Name: _____ Relationship to Child: _____

Last Name: _____ First Name: _____ Relationship to Child: _____

Home/Cell Phone #: (_____) _____ Work Phone #: (_____) _____

3. Immunization Record:

**Please attach a photocopy of your child's Immunization Record(s).
Please make sure that the record also contains your child's name and birth date.**

PLEASE NOTE:

The *Child Care and Early Years Act* and *Immunization of School Pupils Act* require that children have up to date immunizations for **tetanus, diphtheria, polio, measles, mumps, rubella (German measles), meningococcal disease (meningitis), pertussis (whooping cough), and varicella (chickenpox).**

In order to attend licensed child care in Wellington-Dufferin-Guelph, you must provide one of the following:

- A complete history of your child's immunizations to Public Health (Medical Officer of Health)
- A valid written exemption if you decide not to immunize your child because of medical, religious, or philosophical reasons. PLEASE NOTE: at the time of school entry a signed medical exemption form from your physician or nurse practitioner or a statement of conscience or religious belief affidavit signed by a commissioner of oaths will be required.

It is the responsibility of the parent/guardian to maintain up to date immunization records for their child(ren). When additional immunizations are given please report them to Wellington-Dufferin-Guelph Public Health by calling **1-800-265-7293 ext: 4396** or ask to speak to "Immunization Records".

If you are unable to complete this form or cannot locate your child's immunization record, please contact your health care provider for further assistance.

The information on this form is collected under the authority of the Health Protection and Promotion Act in accordance with the Municipal Freedom of Information and Protection of Privacy Act and the Personal Health Information Protection Act. This information will be used for the delivery of public health programs and services; the administration of the agency; and the maintenance of healthcare databases, registries and related research, in compliance with legal and regulatory requirements. Any questions about the collection of this information should be addressed to the Chief Privacy Officer at 1-800-265-7293 ext 2975.