

Garderie Bilingue
8311 Saskatchewan Dr. NW
Edmonton AB t6g 2a7
Adresse courriel: rosemontbilingual@yahoo.ca
Téléphone: 780-705-6944

GARDERIE BILINGUE
FORMULAIRE D'APPLICATION

NOM DE L'ENFANT: _____ DATE DE NAISSANCE _____ / _____ / _____
J M A

ADRESSE/CODE POSTAL: _____

TÉLÉPHONE (DOMICILE): _____ CELL: _____

NOM DU PREMIER PARENT: _____

ADRESSE (DOMICILE): _____

TÉLÉPHONE (DOMICILE): _____ CELL: _____

NOM DU DEUXIÈME PARENT: _____

ADRESSE/CODE POSTAL: _____

TÉLÉPHONE (DOMICILE): _____ CELL: _____

ARRANGEMENT DE GARDE: _____

SPÉCIFIER QUEL PARENT PEUT VOIR OU VENIR CHERCHER L'ENFANT: _____

EMPLACEMENTS OÙ LES PARENTS PEUVENT ÊTRE REJOINT:

NOM DU LIEU DE TRAVAIL DU PREMIER PARENT: _____

ADRESSE/CODE POSTAL: _____

TÉLÉPHONE (TRAVAIL): _____ AUTRE: _____

NOM DU LIEU DE TRAVAIL DU DEUXIÈME PARENT: _____

ADRESSE/CODE POSTAL: _____

TÉLÉPHONE (TRAVAIL): _____ AUTRE: _____

TEMPS D'ARRIVÉ DE L'ENFANT: _____ *TEMPS DE DÉPART:* _____

SIGNATURE: _____

DATE DE DÉPART: _____ DERNIER JOUR: _____

CONTACT D'URGENCE

NOM: _____

RELATION AVEC L'ENFANT: _____

ADRESSE/CODE POSTAL: _____

TÉLÉPHONE (DOMICILE): _____ CELL: _____

(TRAVAIL): _____ AUTRE: _____

Est-ce que ce contact d'urgence est permis de récupérer l'enfant? OUI NON

CONTACT D'URGENCE

NOM: _____

RELATION AVEC L'ENFANT: _____

ADRESSE/CODE POSTAL: _____

TÉLÉPHONE (DOMICILE): _____ CELL: _____

(TRAVAIL): _____ AUTRE: _____

Est-ce que ce contact d'urgence est permis de récupérer l'enfant? OUI NON

HISTORIQUE DE SANTÉ DE L'ENFANT

NOM DE L'ENFANT: _____ DATE DE NAISSANCE: _____ / _____ / _____

J M A

MÉDECIN DE FAMILLE: _____

TÉLÉPHONE: _____ ADRESSE: _____

CARTE DE SANTÉ D'ALBERTA: _____

ALLERGIES (LISTE DE TOUTES LES RÉACTIONS): _____

IL Y A-T-IL DES BESOINS MÉDICAUX SPÉCIAUX (ADHD, ODD, ETC.): _____

EST-CE QUE L'ENFANT A BESOIN DE MÉDICATION SPÉCIAL POUR DES ALLERGIES
OU AUTRES? (SVP ÉMETTRE LISTE EXHAUSTIVE): _____

RESTRICTION DE DIET (À CAUSE D'ALLERGIES CONNU): _____

HISTOIRE DE MALADIE ANTÉRIEUR SÉRIEUSE: _____

EST-CE QUE L'IMMUNITÉ DE L'ENFANT EST À JOUR? _____ OUI _____ NON

SVP DONNER UNE COPIE DE L'ANTÉCÉDANT MÉDICAL DE L'ENFANT.

INFORMATIONS ADDITIONNEL QUE VOUS VOUDRIEZ AJOUTER:

SIGNATURE DES PARENT

DATE

TERME D'ADMISSION

1. Des frais d'inscriptions de **50\$ (non remboursables)** sont requis pour garder la place de votre enfant.
2. Ouverture du service de garde: 7h30am – 5:30pm 5 jours semaine.
3. Les frais par mois sont payables le premier jour du mois en entiere. Les frais mensuels payés après le 5^{ième} jour du mois seront qualifiés en retard et auront “Des pénalités de paiements en retard” (à l'exception que des arrangements ont eu lieu d'avance) de \$5.00 par jour de retard du paiement.
4. S'il vous plait, assure que les cheque sont adressé Bilingual Daycare.
5. Les chèques sans fonds sont sujets d'une charge de 50\$ pour couvrir les frais d'aministrations.
6. Nous vous demandons que les enfants ne soient pas déposé plus tard que 9:30am. Des circonstances spéciales peuvent avoir lieu, un advertisement et un arrangement avec moi peuvent être faits.
7. Veuillez m'avertir immédiatement s'il y a un changement d'adresse, de numéro de téléphone, d'employeur, de contact d'urgence ou d'immunisation.
8. Puisque la garderie opère sur un budget mensuel avec des dépenses présentes indépendamment de la présence de l'enfant, nous ne pouvons pas donner de crédit pour l'absence d'un enfant à cause de maladie ou de vacance.
9. Si votre enfant va être absent une journée, veuillez me laisser savoir d'avance.
10. Si vous ne pouvez pas arriver à temps pour 5:30mp veuillez me contacter pour que des arrangements soient pris. Un paiement de retard de 1\$ minutes prendra effet. (Argent comptant seulement).
11. Signez la feuille de présence à l'arrivé et au départ de votre enfant.
12. Prévoyez des vêtements de rechanges pour la garderie. (chaussettes incluses) identifiées avec le nom de votre enfant. Des souliers intérieurs sont requis.
13. Signer le livre de medication pour n'importe quell médicament que votre enfant doit prendre au cours de la journée. La medication ne sera pas donner à votre enfant si le livret n'est pas rempli avec le nom de l'enfant, la dose exacte, le temps de l'administration, la date, le nom de la medication et votre signature. Tout médicament administré doit être

signé à chaque jour. Si les médicaments sont à long termes, un formulaire similaire devra être rempli par le parent avec les informations nécessaires. Si votre enfant a pris des médicaments avant son arrive à la garderie, veuillez l'inscrire de le livre d'information avec la dose que l'enfant a reçu pour que je puisse savoir était ou est toujours malade.

14. Veuillez prévoir une permission (préféablement écrite) si une autre personne vient récupérer votre enfant. Votre enfant ne sera pas remis à un adulte sans l'autorisation du parent/gardian légal.
15. Si un changement de garde de l'enfant, de gardien ou de tuteur légaux. Une copie de l'arrangement ou de la cour est requise à la garderie. Cela va nous aider pour s'assurer de donner la garde de l'enfant aux gardiens autorisés.
16. La Garderie Bilingue crois qui si un enfant est trop malade pour aller dehors ou participer aux activités quotidiennes, il est trop malade pour être à la garderie.
17. La Garderie Bilingue ne sera pas responsable pour la perte ou l'endommagement de jouets d'un enfant amené de la maison. S'il vous plait garder les jouets de votre enfant à la maison.
18. La Garderie Bilingue requiert un avis écrits trente (30) jour avant de retirer l'enfant.

Votre signature au bas de nos termes d'admission indique votre volonté d'adhérer aux régulations avec la compréhension que cette entente peut être annulée en tout temps seulement si c'est pour les meilleurs intérêts d l'enfant et la garderie.

Service de garde du soir et fins de semaines offert.
Rendez-vous devrait être fait d'avance.

SIGNATURE DU PARENT

DATE

FORMULAIRE DE PERMISSIONS

Cette letter donne ma permission _____ à la Garderie Bilingue d'amener mon enfant _____ pour des traitements médicaux d'urgences. La Garderie Bilingue ne sera pas tenu responsable pour l'ambulance ou autre frais médicaux. Les frais encourus seront la responsabilité des parents à payés.

SIGNATURE DU PARENT

DATE

FORMULAIRE DE PERMISSIONS

Cette letter donne ma permission _____ à la Garderie Bilingue d'amener mon enfant _____ pour des traitements médicaux d'urgences. La Garderie Bilingue ne sera pas tenu responsable pour l'ambulance ou autre frais médicaux. Les frais encourus seront la responsabilité des parents à payés.

SIGNATURE DU PARENT

DATE

FORMULAIRE DE PERMISSIONS

Cette letter donne ma permission _____ à la Garderie Bilingue d'amener mon enfant _____ pour des traitements médicaux d'urgences. La Garderie Bilingue ne sera pas tenu responsable pour l'ambulance ou autre frais médicaux. Les frais encourus seront la responsabilité des parents à payés.

SIGNATURE DU PARENT

DATE

INVENTAIRE DES INTÉRÊTS DE L'ENFANT

Le nom de mon enfant est _____

Trois mots ou phrases qui décrivent mon enfant sont:

1. _____

2. _____

3. _____

Les intérêts de mon enfant inclus:

Mon enfant est très motivé par:

Mon enfant peut être frustré par:

Les rêves de mon enfant dans la garderie inclus:

Autre informations que je voudrais partager sur mon enfant:

Les objectifs que j'aimerais travailler avec mon enfant sont:

Est-ce que votre enfant est entraîné? _____ OUI _____ NON

Mot utilisé pour uriner (S'il vous plaît indiquez ce que votre enfant dit lorsqu'il veut faire ses besoins): _____