



45 Grenoble Drive, North York, Ontario, M3C 1C4 / Phone : 647-995-3537

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

J'accepte de respecter les politiques de la Garderie Jardin Fleuri telles que décrites dans le guide des parents et j'autorise spécifiquement les items ci-dessous décrits :

Nom de l'enfant :

Nom du parent : _____ Signature: _____ Date :

Cocher les activités autorisées pour votre enfant

SORTIES À PIED

- J'autorise* mon enfant à participer à des promenades dans le quartier sous la supervision du personnel de la Garderie Jardin Fleuri.

SORTIES NÉCESSITANT LES TRANSPORTS PUBLIQUES OU PAR AUTOBUS SCOLAIRES

- J'autorise* les sorties en dehors de l'environnement immédiat de la Garderie Jardin Fleuri à condition de signer avant la sortie, un formulaire me donnant les détails pertinents. Par exemple : endroit, moyen de transport, heure de départ et de retour, repas, etc.

PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS COMMUNAUTAIRES

- J'autorise mon enfant à participer aux activités à l'école et/ou communautaires

PHOTOS / VIDÉOS / PUBLICITÉ

- J'accepte* que mon enfant soit photographié alors qu'il/elle participe au programme de la garderie et j'en autorise la parution dans la production des vidéos, cd, site Web de la Garderie Jardin Fleuri et de l'organisme Destiny Jeunesse Monde, les annonces publicitaires, les journaux, les dépliants /brochures, les publications internes, à condition que le nom de mon enfant n'y apparaisse pas.

- Je refuse* que mon enfant paraisse sur les photographies publiées par la garderie.

TRANSFERT DE GROUPE

- J'accepte* que mon enfant soit transféré dans un groupe supérieur dès qu'une place sera disponible et non à la date de son anniversaire. Il est aussi entendu que les frais de garde ne changeront qu'au moment du changement de groupe.

USAGE DU GEL DÉSINFECTANT

- J'autorise* l'usage du désinfectant liquide (gel) pour mon enfant au besoin.

POLITIQUE DE RETRAIT

- J'accepte* de donner par écrit à la directrice de mon centre, **4 semaines de préavis en cas de retrait** de mon enfant à la garderie.



45 Grenoble Drive, North York, Ontario, M3C 1C4 / Phone : 647-995-3537

AUTRES PERSONNES EN CAS D'URGENCE

Personne contact d'urgence :

Nom _____ Prénom _____

Téléphone maison (____) _____ - _____ Travail (____) _____ - _____

Cellulaire (____) _____ - _____

~~~~~  
**Personne contact d'urgence :**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Téléphone maison (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Travail (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Cellulaire (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

~~~~~  
SANTÉ

MEDÉCIN

Nom _____ Prénom _____

Téléphone : (____) _____ - _____

Adresse : _____

Numéro de carte santé : _____

~~~~~  
**AUTRES ENFANTS DANS LA FAMILLE**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_

~~~~~  
SÉCURITÉ

Indiquer qui peut venir chercher l'enfant : _____

Indiquer qui ne peut pas venir chercher votre enfant : _____

Heure approximative d'arrivée : _____

Heure approximative de départ : _____

Comment réagit votre enfant lorsqu'elle/il est laissé(e) seul(e) avec d'autres enfants et adultes :



45 Grenoble Drive, North York, Ontario, M3C 1C4 / Phone : 647-995-3537

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ \ ____ \ ____

Date du début : ____ \ ____ \ ____ Date de départ : ____ \ ____ \ ____

PARENT 1

Nom _____

Prénom _____

Adresse : _____

Tél maison (____) _____ - _____ Travail (____) _____ - _____

Cellulaire (____) _____ - _____ E-mail : _____

PARENT 2

Nom _____

Prénom _____

Adresse : _____

Tél maison (____) _____ - _____ Travail (____) _____ - _____

Cellulaire (____) _____ - _____ E-mail : _____

En foi de quoi, les parents ont signé à North York ce _____ 20 _____

Nom : _____ Prénom: _____

Responsable du service de garde)

Parents ou intervenants autorisés)

N.B. une fois rempli, ce document SERA photocopié en 3 TROIS exemplaires identiques.



45 Grenoble Drive, North York, Ontario, M3C 1C4 / Phone : 647-995-3537

ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ

Nom _____ Prénom _____

Date de Naissance : ____ \ ____ \ ____ Sexe _____

Poids de l'enfant a la naissance : _____ Téléphone Maison (____) _____ - _____

Adresse : _____ Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____ - _____

PARENT 1

Nom _____ Prénom _____

Travail (____) _____ - _____ Cellulaire (____) _____ - _____

PARENT 2

Nom _____ Prénom _____

Travail (____) _____ - _____ Cellulaire (____) _____ - _____

ANTECEDENTS

Veillez cocher toutes les difficultés ou maladies de l'enfant

Troubles	Oui	Non
Audition		
Vision		
Langage		
Cœur		
Reins/Vessie		
Os/Articulations		
Muscles		
Déficit de l'attention		
TED/Autisme		

Troubles	Oui	Non
Allergies		
Asthme		
Convulsions		
Diabète		
Eczéma		
Épilepsie		
Hémophilie		
Fièvre Rhumatismale		
Tuberculose		

Veillez préciser toutes les chirurgies ou les accidents antérieurs de votre enfant :

.....Année :.....

.....Année :.....

.....Année :.....

L'enfant prend t'-il, de manière continue des médicaments prescrits par le médecin? :

Si oui, préciser :.....

J'atteste que toutes les informations fournies sont exactes. _____

Signature du parent : _____

Signature de la responsable :

Date :



45 Grenoble Drive, North York, Ontario, M3C 1C4 / Phone : 647-995-3537

ANTECEDENTS DE SANTE

L'enfant a-t-il eu les maladies contagieuses suivantes :

Maladies	Oui	Non
Diphtérie		
Coqueluche		
Tétanos		
Poliomyélite		

Maladies	Oui	Non
Rougeole		
Rubéole		
Oreillons		
Varicelle		

IMMUNISATION

Veillez remplir et remettre les formulaires d'immunisation du bureau de santé de votre municipalité et de nous fournir une copie du carnet d'immunisation de l'enfant.

L'enfant a-t-il besoin de : Repos supplémentaire : OuiNon

Diète spéciale ? Si oui veuillez préciser :

.....
.....
.....

Les exercices physiques doivent-ils être limités :OuiNon

Si oui précisez :

L'enfant souffre-t-il d'infections ou de maladies qui pourraient nécessiter des soins d'urgence à la garderie (par exemple : diabète, convulsion, asthme, allergies, etc.)ouinon

Si oui précisez :

Autres attentions :

.....

Médecin de famille

Nom _____ Prénom _____

Téléphone : (____) _____ - _____

Signature Parent 1 _____ Date : _____

Signature Parent 2 _____ Date : _____

Signature du responsable : _____ Date : _____



45 Grenoble Drive, North York, Ontario, M3C 1C4 / Phone : 647-995-3537

FEUILLE D'URGENCE – LOCO PARENTIS

GARDERIE JARDIN FLEURI

NOM DE L'ENFANT:	
Date de naissance	

Parent 1 - Nom		
Adresse du domicile		Dom. ()
		Cell. ()
Adresse / Travail		()
E-mail :		

Parent 2 - Nom		
Adresse du domicile		Dom. ()
		Cell. ()
Adresse / Travail		()
E-mail :		

Médecin		
Adresse		Tel. ()
Carte de Santé		

Contact d'urgence # 1	Nom:	
Tel /Travail	()	Cellulaire ()

Contact d'urgence # 2	Nom:	
Tel /Travail	()	Cellulaire ()

OCO PARENTIS

In cas d'urgence, je donne ma permission à la garderie Jardin Fleuri d'accompagner mon enfant en ambulance ou en taxi au centre hospitalier ou médical le plus proche et d'accepter tout traitement médical, anesthésie ou autres procédés médicaux considérés nécessaires par le médecin, pour le bien-être de mon enfant. Je comprends que je serai contactée immédiatement après l'accident.

Parent / Tuteur Parent/Guardian

Directrice de la garderie / Daycare Supervisor Signature

Date

Date