



1751 Richardson  
Suite 1.052  
Montreal, Quebec  
H3K 1G6

**FICHE D'INSCRIPTION**

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_  
Prénom Nom

Date de naissance (AAAA/MM/JJ): \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance-maladie \_\_\_\_\_  
Date d'admission au service de garde (AA/MM/JJ): \_\_\_\_\_

**PARENT**

Mère : \_\_\_\_\_  
Prénom Nom

Téléphone (maison): \_\_\_\_\_ Téléphone (cellulaire): \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
No. / Rue / Ville / Province / Code Postal

Employeur  
Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Père: \_\_\_\_\_  
Prénom Nom

Téléphone (maison): \_\_\_\_\_ Téléphone (cellulaire): \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
No. / Rue / Ville / Province / Code Postal

Employeur  
Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

OU

**TUTEUR**

Personne responsable / gardien: \_\_\_\_\_  
Prénom Nom

Téléphone (maison): \_\_\_\_\_ Téléphone (cellulaire): \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
No. / Rue / Ville / Province / Code Postal

Employeur  
Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_



**CONTACT EN CAS D'URGENCE :**

Nom: \_\_\_\_\_

Relation: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Relation : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**PERSONNE ADDITIONNELLE AUTORISÉ RÉCUPÉRER L'ENFANT(S):**

Nom: \_\_\_\_\_

Relation: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

Relation: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

Relation: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_



## ENTENTE

L'entente suivant est faite entre :

Centre pour enfant Namasté  
1.052-1751 Richardson, Montréal, Qc H3K 1G6

**Et**

Nom et adresse du parent ou tuteur:

---

---

---

Pour les services de garde pour (nom de l'enfant) : \_\_\_\_\_

Les termes de notre entente sont comme suit :

**Période de garde :** lundi au vendredi de 07h00 à 18h00.

**Expiration de l'entente :** \_\_\_\_\_

**Frais de garde :** Les frais de garde sont : 45.00\$ | 40.00\$/jr. Payable selon les modalités convenu (à préciser ci-dessous)

**Reçu pour frais de garde :** un reçu pour les frais déboursés sera remis aux parents une fois par année pour les frais encourus.

**Modalité de paiements :** \_\_\_\_\_

**Frais supplémentaires (ajouté aux frais de garde du mois):**

**Frais supplémentaires (ajouté aux frais de garde du mois):**

- *Retards: 2\$ par tranche de 5 minutes lorsque l'enfant n'est pas capté après la prise en charge planifiée comme indiqué dans la régie interne.*
- *Chèque retourné : frais de retour ou NSF chargé par la banque + 35.00\$*
- *Occasionnels (ex: sorties organisées) : communiquer d'avance aux parents*

**Carte de crédit**

- *Assujettis à un frais de transaction de 3% pour chaque paiement*

## UTILISATION DES SERVICES

Date de début nécessitant des soins : \_\_\_\_\_

Jours: Lundi : \_\_\_\_\_ Mardi : \_\_\_\_\_ Mercredi : \_\_\_\_\_

Jeudi : \_\_\_\_\_ Vendredi : \_\_\_\_\_ Samedi : \_\_\_\_\_

Dimanche : \_\_\_\_\_

À quelle heure arrivera-t-il: \_\_\_\_\_

À quelle heure quittera-t-il: \_\_\_\_\_

Combien de jours par semaine : \_\_\_\_\_

*Les éléments répertoriés comme suit seront fournis par les parents: voir liste décrite dans la régie interne.*

*Pour la cessation de soins, les deux parties acceptent de se soumettre à l'autre une notification écrite dans un délai minimal de 2 semaines. Les soussignés ont lu, compris et accepté les termes et conditions de cette entente, comme indiqué.*

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Représentant autorisé de la Garderie



### AUTORISATION POUR L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

(Copie à conserver dans le dossier personnel de l'enfant)

Nom et prénom de l'enfant: \_\_\_\_\_

Nom du médicament: \_\_\_\_\_

Nom du médecin: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Posologie: \_\_\_\_\_

Date de début (AAAA/MM/JJ): \_\_\_\_\_

Date de fin (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_

Signes d'allergies: \_\_\_\_\_

Informations additionnelles: \_\_\_\_\_

Jour de la semaine	Date	Quantité (posologie)	Heure	Signature	Notes

Signature du parent ou tuteur: \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_



### AUTORISATION POUR LES MÉDICAMENTS SANS ORDONNANCE

J'autorise que les médicaments topiques vendus sans ordonnance suivants soient administrés à mon enfant par un membre du personnel/éducateur du Centre pour enfant Namasté. Je comprends que je dois fournir la garderie avec le médicament topique sans ordonnance dans le contenant original étiqueté avec le nom de mon enfant, le nom du médicament, et les directions de l'administration des médicaments.

**Cette autorisation est limitée aux médicaments topiques suivants: Poudres médicamenteux, la onguent dentition, des médicaments pour les lèvres, crème solaire, l'acétaminophène, l'insectifuge, l'oxyde de zinc et les gouttes nasales salines**

Signature de parent ou tuteur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION DE DEMANDE D'AMBULANCE

J'autorise la garderie à prendre les dispositions nécessaires pour demander les services d'une ambulance si un accident grave (commotion cérébrale, fracture d'une jambe ou d'un fémur, d'un bras, perte de conscience, vomissements en jet, dilatation d'une pupille, etc.) arrive à mon enfant et m'engage en tant que parent à payer les frais d'ambulance.

Signature de parent ou tuteur : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

- L'enfant sera accompagné à l'hôpital par la garderie ou une personne désigné par ce dernier dans le cas que le parent ne peut se présenter à la garderie.
- La sécurité de l'enfant est prioritaire, donc la personne ayant accompagné l'enfant demeurera avec ce dernier jusqu'à l'arrivée et la prise en charge par le parent.

En cas de blessure mineure, le parent s'engage à venir chercher son enfant et l'emmener à l'hôpital au besoin. En cas de refus du parent, la garderie se dégage de toute responsabilité en faisant signer au parent un papier de refus de ramener l'enfant et par le fait même un document de décharge de toute responsabilité du Prestataire.



## DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS ALLERGIE ALIMENTAIRE

Pour la sécurité de votre enfant, nous vous demandons de remplir ce formulaire s'ils ont une allergie ou d'allergie alimentaire sévère qui nécessite une attention médicale.

	Noix	Lait	Blé	Soja	des œufs	fruits de mer/ poisson	sulfates	Noix d'arbre	Graines de sésame
Allergie									
Sensibilité									

Autre: \_\_\_\_\_

Type de réaction : \_\_\_\_\_

Epipen : Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Type d'Epipen: \_\_\_\_\_

Autres médicaments: \_\_\_\_\_

Autres renseignements pertinent portant sur la santé de l'enfant :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Les parents d'enfants souffrant de problèmes alimentaires / allergies peuvent être tenus de fournir de la nourriture supplémentaire et / ou de boire pour leur enfant si il n'est pas possible de fournir des aliments et / ou boissons appropriées (par exemple, si votre enfant est végétarien, vous devez fournir certaines portions de protéines de leur repas.**

Signature de parent ou tuteur: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



### AUTORISATION PHOTO ET VIDÉO

Nous savons que vos enfants auront une expérience agréable au Centre pour enfant Namasté et nous aimerions documenter par l'entremise de photos et/ou vidéos leurs réalisations. Certaines photos prises à la garderie, pourraient être affichées sur notre page Facebook ou utilisées à des fins promotionnelles. Comme vous le savez, il ya des dangers potentiels associés aux images des enfants sur un site Web depuis un accès mondial à l'Internet qui ne nous permet pas de contrôler tous les aspects de nos offres. SVP prenez le temps de penser a ca avant de remplir le formulaire de consentement photo / vidéo

Je donne la permission pour que la photo de mon enfant \_\_\_\_\_ soit utilise à des fins promotionnelles pour le Centre pour enfant Namasté.

Je ne donne pas la permission pour que la photo de mon enfant \_\_\_\_\_ soit utilisée à des fins promotionnelles pour le Centre pour enfant Namasté.

Je donne **seulement** la permission pour que la photo de mon enfant \_\_\_\_\_ soit utilisée sur notre page privée de groupe sur facebook.

Signature de parent ou tuteur: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

