



INVERNESS

Simplement unique depuis 1845

Contrat de fréquentation I Service de garde 2024-2025

Le Parent ou le tuteur :

Prénom du parent 1 ou tuteur:	Nom de famille :	Courriel :
Adresse :		
Tél. maison :	Tél. travail :	Cell :
Prénom du parent 2 :	Nom de famille :	Courriel :
Adresse (si différente) :		
Téléphone maison :	Téléphone travail :	Cellulaire :
Pour émission du relevé 24	Prénom et nom du parent payeur :	N.A.S. :

Le ou les enfant(s) :

Prénom du 1 ^{er} enfant :	Nom de famille :	Date de naissance : JJ / MM / AAAA
Prénom du 2 ^e enfant :	Nom de famille :	Date de naissance : JJ / MM / AAAA
Prénom du 3 ^e enfant :	Nom de famille :	Date de naissance : JJ / MM / AAAA



Service de garde retenue par le Parent ou le tuteur

L'horaire du service de garde après l'école est de 15 h à 17 h 30. La fréquentation anticipée nous permet de nous préparer à bien accueillir vos enfants au service, toutefois, la fréquentation réelle sera demandée à chaque mois et facturée selon l'utilisation pour le service après l'école et selon l'inscription mensuelle pour la semaine de relâche et les journées pédagogique. Le coût est de 11\$ par jour*, par enfant, pour le service de garde après l'école et 25 \$ par jour*, par enfant, pour les journées pédagogiques. Veuillez prendre note que les tarifs sont sujet à changement selon les prévisions budgétaires et pourraient changer en janvier. *Tarifs 2025.

- Utilisateur régulier** : Indiquez les périodes de **fréquentations anticipées** pour le service de garde après l'école.

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Après l'école					

- Utilisateur occasionnel** : Mon enfant fréquentera probablement le service de garde au besoin et j'aviserai la responsable du service de garde lors de l'inscription mensuelle ou en temps et lieu.

- Pédagogiques** : Indiquez les périodes de **fréquentation anticipées** pour les journées pédagogiques. L'horaire est de 7h30 à 17h30.

Vendredi 20 septembre	Vendredi 11 octobre	Vendredi 8 novembre	Vendredi 22 novembre	Vendredi 6 décembre	Lundi 6 janvier
Vendredi 24 janvier	Vendredi 7 février	Vendredi 21 février	Lundi 10 mars	Vendredi 4 avril	Vendredi 2 mai
Vendredi 16 mai	Vendredi 6 juin (À valider en fin d'année)				

- Semaine de relâche du 3 au 7 mars 2025**: Indiquez les périodes de **fréquentation anticipées** pour la semaine de relâche. L'horaire est de 7h30 à 17h30.

Lundi 4 mars	Mardi 5 mars	Mercredi 6 mars	Jeudi 7 mars	Vendredi 8 mars



INVERNESS

Simplement unique depuis 1845

FICHE SANTÉ

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Prénom de l'enfant 1:		Nom de famille	
Sexe : F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	Date de naissance :	Année scolaire :	Âge :

Prénom de l'enfant 2 :		Nom de famille :	
Sexe : F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	Date de naissance :	Année scolaire :	Âge :

Prénom de l'enfant 3:		Nom de famille :	
Sexe : F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	Date de naissance :	Année scolaire :	Âge :

2. PERSONNES À CONTACTER CAS D'URGENCE ET AUTORISER À VENIR CHERCHER MON ENFANT

1 ^{ère} personne à contacter	2 ^e personne à contacter
Prénom et nom :	Prénom et nom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone à la maison :	Téléphone à la maison :
Téléphone cellulaire :	Téléphone cellulaire :

J'autorise ces deux personnes à venir chercher mon enfant ou mes enfants.

3. ALLERGIES

A-t-il des allergies?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
*Préciser la nature de l'allergie et le nom de l'enfant concerné :	



INVERNESS

Simplement unique depuis 1845

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (EpiPen, Ana-Kit) en raison de ses allergies?

Oui Non Nom de l'enfant : _____

À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le service de garde de la Municipalité d'Inverness à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant : Oui Non

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le service de garde de la Municipalité d'Inverness à réanimer mon enfant et à lui administrer une pastille de sucre en cas d'hypoglycémie : Oui Non

Signature du parent ou tu tuteur : _____

4. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, noms des médicaments :	Posologie :
Les prend-il lui-même? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Préciser :

Si votre enfant doit prendre des médicaments, vous devrez, à votre arrivée au service de garde, remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement au responsable afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.



INVERNESS

Simplement unique depuis 1845

5. AUTORISATION DES PARENTS OU DU TUTEUR

- J'autorise le Service de garde de la Municipalité d'Inverness à prendre des photos et (ou) des vidéos au cours des activités de mon enfant et à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du Service de garde de la Municipalité d'Inverness.
- Je m'engage à transmettre toute information pertinente au service de garde, si l'état de santé de mon enfant change avant le début ou pendant la période du service de garde.
- J'autorise le Service de garde de la Municipalité d'Inverness à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Service de garde de la Municipalité d'Inverness le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- Je m'engage à collaborer avec la direction du Service de garde de la Municipalité d'Inverness et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Signature du parent ou du tuteur