



**Municipalité
de Saint-Robert**



Service de garde

Après l'école

Inscription 2019-2020





Municipalité
de Saint-Robert

Service de garde après l'école

LÀ où la vie!
PREND SON ENVOL

FICHE D'INSCRIPTION 2019-2020



Détail de l'enfant

Nom et prénom : _____ Âge à ce jour : _____

Date de naissance : _____ Degré scolaire : _____ # D'autobus _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

Coordonnées de la mère

Nom et prénom : _____ Courriel principal : _____

Adresse (si différente) : _____

Téléphone maison : _____ Téléphone travail : _____

Coordonnées du père

Nom et prénom : _____ Courriel principal : _____

Adresse (si différente) : _____

Téléphone maison : _____ Téléphone travail : _____

Informations du relevé 24

Nom de la personne à qui sera émis le relevé 24 : _____

Numéro d'assurance social : _____



Personnes à contacter en cas d'urgence (autre que les parents)

Nom et prénom : _____ Lien de parenté : _____

Téléphone maison : _____ Téléphone cellulaire ou bureau : _____

Adresse : _____

Nom et prénom : _____ Lien de parenté : _____

Téléphone maison : _____ Téléphone cellulaire ou bureau : _____

Adresse : _____

Merci de votre coopération!



SUITE : FICHE D'INSCRIPTION 2019-2020



Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom et prénom : _____ Lien de parenté : _____

Téléphone maison : _____ Téléphone cellulaire ou bureau : _____

Nom et prénom : _____ Lien de parenté : _____

Téléphone maison : _____ Téléphone cellulaire ou bureau : _____

Nom et prénom : _____ Lien de parenté : _____

Téléphone maison : _____ Téléphone cellulaire ou bureau : _____

Journées de présence



Date du début : _____

- Contrat : 1 jour 2 jours 3 jours 4 jours 5 jours

Cochez seulement si vous utilisez des journées fixes :

Journée	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
S.v.p., cochez les journées fixes					

Les paiements doivent être effectués tous les jeudis de la semaine en cours.

Sondage « Service de garde le matin »

Merci de prendre quelques instants pour répondre à ces questions.

Est-ce que vous aurez besoin du service de garde le matin ? Oui Non

De quelle heure à quelle heure auriez besoin du service ? _____

Si oui, est-ce que ce serait à temps partiel ou à temps plein ?

- 1 jour 2 jours 3 jours 4 jours 5 jours

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi

Merci de votre coopération!

TARIF POUR LE SERVICE DE GARDE 2019-2020

*Le service de garde débutera le jeudi 29 août 2019, en même temps que l'école,
et ce, de 15 h à 18 h, après l'école.*

Avec contrat -----8 \$ / journée inscrit **PRÉSENT OU NON**
(cela vous engage à faire votre paiement du montant de votre contrat durant les 40 semaines d'école)

À la journée (sporadique) -----10 \$ / journée



Des frais de 5\$ par tranche de 10 minutes de retard vous seront chargés ainsi qu'un frais supplémentaire de 10\$ sera rajouté au frais régulier pour chaque enfant non inscrit (résolution 4821-04-2013)

** Des frais supplémentaires de 20 \$ seront rajoutés pour un chèque sans provision.*

***Prenez note que les formulaires pour les retours anticipés seront disponibles (à compter du mois de novembre 2019 pour janvier 2020), auprès du service de garde sur demande.*

IMPORTANT

À noter que vous devez payer les semaines que votre enfant ne va pas au service de garde, si vous décidez de prendre le contrat avec journée fixe, et ce, EN TOUT TEMPS. Même principe pour les journées pédagogiques avec contrat fixe.

Procédure d'absence de votre enfant

TOUJOURS aviser si votre enfant est présent ou absent.



Faire un message d'absence ou de présence dans le sac de votre enfant reste le meilleur moyen d'éviter les erreurs.

✓ Appeler la secrétaire de l'école : 450 746-3517 (entre 8 h et 14 h)

Laisser un message téléphonique si pas de réponse en prenant bien soin de mentionner la date de l'appel et le nom de l'enfant. ***À noter qu'aucun message ne sera pris après 14 h pour des raisons d'organisation et de sécurité.***



Merci de votre coopération!

INSCRIPTION


Journées pédagogiques 2019-2020

L'horaire des journées pédagogiques est de 7 h 30 à 18 h. Elles doivent être payées dans la semaine en cours ou le jour même et doivent être payées même si votre enfant n'est pas présent. Il n'y aura aucun remboursement passé le délai ! Les parents qui désirent rajouter leur enfant à la dernière minute peuvent le faire.

Tarif pour une journée pédagogique

*Avec contrat : 20 \$ pour le 1^{er} enfant et 15 \$ pour le 2^e enfant.

*À la journée (sporadique) : 25 \$ pour le 1^{er} enfant et 20 \$ pour le 2^e enfant.

	2019		2020
<input type="checkbox"/>	Vendredi 13 septembre 2019	<input type="checkbox"/>	Lundi 6 janvier 2020
<input type="checkbox"/>	Vendredi 27 septembre 2019	<input type="checkbox"/>	Vendredi 24 janvier 2020
<input type="checkbox"/>	Lundi 21 octobre 2019	<input type="checkbox"/>	Vendredi 14 février 2020
<input type="checkbox"/>	Vendredi 8 novembre 2019	<input type="checkbox"/>	Vendredi 27 mars 2020
<input type="checkbox"/>	Vendredi 15 novembre 2019	<input type="checkbox"/>	Vendredi 24 avril 2020 <i>**journée pédagogique conditionnelle</i>
<input type="checkbox"/>	Lundi 2 décembre 2019	<input type="checkbox"/>	Vendredi 1er mai 2020 <i>**journée pédagogique conditionnelle</i>
	: Total	<input type="checkbox"/>	Vendredi 5 juin 2020
			: Total

Pour inscription, veuillez remettre ce formulaire au service de garde. Pour toutes questions, veuillez communiquer avec le service de garde au entre 15 h à 18 h, au 450 782-3221.

Signature du parent ou tuteur : _____ Date : ____/____/____

Merci de votre coopération!



Municipalité
de Saint-Robert

Service de garde après l'école

LÀ où la vie!
PREND SON ENVOL

CESSATION DU SERVICE DE GARDE

Contrat avec journée fixe

En cas de retrait de l'enfant, le parent doit aviser le service de garde par écrit avec le contrat de résiliation disponible ci-dessous. Le coût de pénalité est au maximum 50\$ ou 10% du coût restant en date de la signature (le plus petit des deux montants vous sera chargé). À noter que vous devez absolument remplir le formulaire de résiliation et l'apporter au service de garde.

J'ai lu et pris connaissance du paiement en tout temps du contrat avec journées fixes du service de garde et des conditions relié à la cessation du service de garde pour mon enfant durant l'année 2019-2020.

Signature du parent ou tuteur : _____ Date : ____/____/____



Merci de votre coopération!



Municipalité
de Saint-Robert

Service de garde après l'école

LÀ où la vie!
PREND SON ENVOL

CONTRAT DE RÉSILIATION

Service de garde 2019-2020

Ce contrat a été signé à _____ (Nom de la ville)

Nom des enfants

Signature de la directrice

Date : ____/____/____
jour mois année

Signature du parent ou tuteur

Date : ____/____/____
jour mois année

Formule de résiliation

À : Municipalité Saint-Robert DATE : _____
(Nom du commerçant) (Date d'envoi de la formule)

666, chemin de Saint-Robert

Saint-Robert (Québec)

JOG 1S0

(Adresse du commerçant)

En vertu de l'article 193 de la loi sur la protection du consommateur, je résilie le contrat conclu le

_____ à _____
(Date de la conclusion du contrat) (Lieu de la conclusion du contrat)

(Nom du consommateur)

(Signature du consommateur)

Merci de votre coopération!



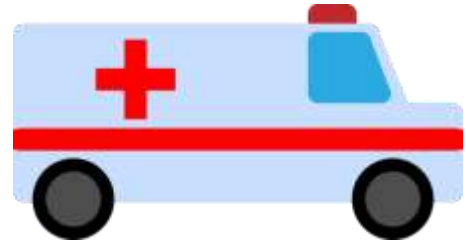
Municipalité
de Saint-Robert

Service de garde après l'école

LÀ où la vie!
PREND SON ENVOL

CONSENTEMENT PARENTAL

Pour traitement et transport d'urgence



Détails de l'enfant

Nom et prénom : _____

No. D'assurance maladie : _____ Expiration _____ / _____

Coordonnées de la mère

Nom et prénom : _____ Courriel principal : _____

Adresse (si différente) : _____

Téléphone maison : _____ Téléphone travail : _____

Coordonnées du père

Nom et prénom : _____ Courriel principal : _____

Adresse (si différente) : _____

Téléphone maison : _____ Téléphone travail : _____

Si, à quelque moment que ce soit, un traitement médical s'impose pour cause de blessure ou de maladie soudaine, j'autorise la responsable de garde à prendre toutes mesures jugées nécessaires au bien-être de mon enfant le temps qu'il est sous sa responsabilité.

Je comprends que ces mesures englobent la consultation de personnel médical (exemple : info santé, Médecin) l'interprétation et l'exécution des directives de ce dernier, ainsi que le transport, dont le transport en ambulance de l'enfant vers l'hôpital : Hôtel Dieu de Sorel, dans la mesure du possible.

Je comprends que ces mesures peuvent être prises avant que je sois avisé(e) et que les frais aux fins de traitement et de transport par ambulance me seront facturés.

Signature d'un parent : _____ Date : _____ / _____ / _____

Signature du responsable : _____ Date : _____ / _____ / _____

Merci de votre coopération!





RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX



Détails de l'enfant



Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____

Degré scolaire : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

No d'assurance maladie : _____ Expiration :
_____/_____/_____

Nom du médecin de l'enfant : _____ Téléphone :

Adresse (clinique) : _____

Information relative à l'alimentation de l'enfant



Souffre-t-il d'allergie? OUI NON

Allergies ou intolérances alimentaires, si oui, lesquelles ? _____

Autres données sur l'alimentation si celle-ci requiert une attention particulière : _____

Information relative à la santé de l'enfant

Est-il atteint d'une maladie particulière et/ou un problème de santé? _____

Est-ce qu'il y a des dispositions à prendre selon les maladies et/ou allergies mentionnées ci-haut?
OUI NON

Est-ce qu'il a une médication? (ex. : Épi Pen) : _____

Est-ce qu'il y a d'autres renseignements pertinents à nous transmettre? _____

Signature d'un parent : _____ Date : ____/____/____

Signature du responsable : _____ Date : ____/____/____

Merci de votre coopération!