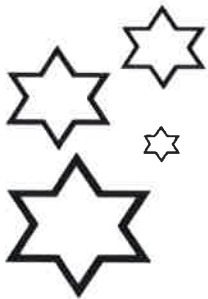


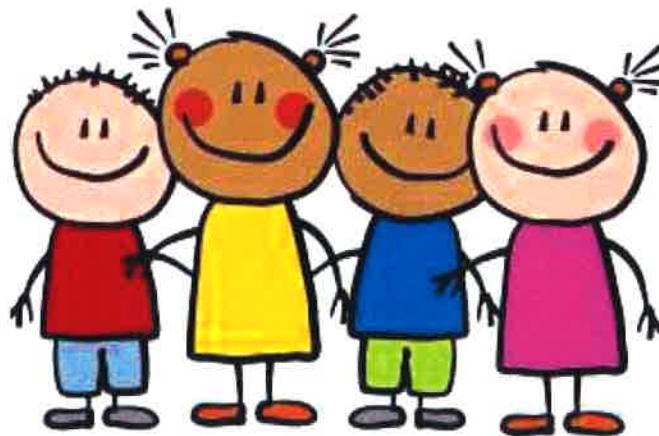
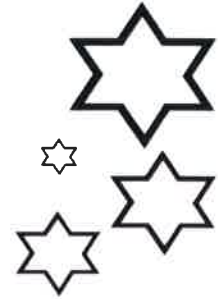
**Municipalité
de Saint-Robert**



Service de garde

Après l'école

Inscriptions 2018-2019

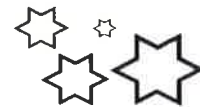




Service de garde
après l'école

LÀ où la vie!
PREND SON ENVOL ©

Fiche d'inscriptions 2018-2019



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 : _____ E-mail principal : _____

Adresse (si différente) : _____

Téléphone maison : _____ Téléphone travail : _____

Coordonnées du père

Nom et prénom : _____ E-mail principal : _____

Adresse (si différente) : _____

Téléphone maison : _____ Téléphone travail : _____

Informations 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 : _____

Merci de votre coopération!



Service de garde après l'école



Nom et prénom : _____ Lien de parenté : _____

Téléphone maison : _____ Téléphone cellulaire ou bureau : _____

Adresse : _____

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 : _____

Renseignements

À conserver avec vous !

*****NOTE IMPORTANTE *****

Le service de garde est offert de 15 h à 18 h, après l'école.

TOUJOURS aviser si l'enfant sera présent ou absent.



Procédure d'absence de votre enfant

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

1^{ère} Appeler la responsable Christiane Gauthier : 450 789-3531 (entre 8 h et 14 h)

2^{ème} 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.**

Aucun message ne sera pris après 14 h pour des raisons d'organisation et de sécurité.



Merci de votre coopération!



Service de garde après l'école



Prendre note que le service de garde débutera **lundi le 27 août 2018** en même temps que l'école.

Tarif pour le service de garde 2018-2019

Avec contrat -----10 \$ / 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) -----12 \$ / 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 2018 pour janvier 2019), auprès du service de garde sur demande.



Journées de présences

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					



Merci de votre coopération!




Formulaire d'inscription pour les journées pédagogiques 2018-2019

De 7 h 30 à 18 h



Coût : 20 \$ / journée pédagogique

20 \$	2018	20 \$	2019
<input type="checkbox"/>	Vendredi 31 août 2018	<input type="checkbox"/>	Lundi 7 janvier 2019
<input type="checkbox"/>	Vendredi 21 septembre 2018	<input type="checkbox"/>	Vendredi 25 janvier 2019
<input type="checkbox"/>	Lundi 22 octobre 2018	<input type="checkbox"/>	Vendredi 15 février 2019
<input type="checkbox"/>	Vendredi 9 novembre 2018	<input type="checkbox"/>	Vendredi 29 mai 2019
<input type="checkbox"/>	Vendredi 16 novembre 2018	<input type="checkbox"/>	Vendredi 12 avril 2019 <i>**journée pédagogique conditionnelle</i>
<input type="checkbox"/>	Lundi 3 décembre 2018	<input type="checkbox"/>	Vendredi 3 mai 2019 <i>**journée pédagogique conditionnelle</i>
	: Total	<input type="checkbox"/>	Vendredi 17 mai 2019
		<input type="checkbox"/>	Vendredi 7 juin 2019
			: Total

**Les journées pédagogiques doivent être payées
ou annulées 4 jours d'avance. Prenez note qu'une inscription
doit être payée même si votre enfant n'est pas présent.**

Les parents qui désirent rajouter leur enfant à la dernière minute peuvent le faire.

***** À noter qu'il n'y aura aucun remboursement passé le délai ! *****



Signature du parent : _____ Date : _____

**Pour inscription, veuillez remettre ce formulaire au service de garde, à l'école, au bureau
municipal de Saint-Robert ou par courriel au vlarouche@pierredesaurel.com.**

Pour toutes questions, veuillez communiquer avec Vickie Larouche au 450 782-2844.

Merci de votre coopération!



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.



Cessation du service – 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 2018-2019.

Signature du tuteur de l'enfant



Merci de votre coopération!

Contrat de résiliation



Service de garde 2018-2019
**Municipalité
de Saint-Robert**

Ce contrat a été signé à _____

(Nom de la ville)

Nom des enfants

Signature de la directrice

Date : ____ / ____ / ____
jour mois année

Signature du parent

Date : ____ / ____ / ____
jour mois année

Formule de résiliation

À : Municipalité Saint-Robert
(Nom du commerçant)

DATE : _____
(Date d'envoi de la formule)

666, chemin de Saint-Robert

Saint-Robert (Québec)

J0G 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!



Service de garde après l'école

LÀ où la vie!
PREND SOIN ENVOL



Consentement parental pour traitement et transport d'urgence

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT : _____

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

Coordonnées de la mère

Nom et prénom : _____ E-mail principal : _____

Adresse (si différente) : _____

Téléphone maison : _____ Téléphone travail : _____

Coordonnées du père

Nom et prénom : _____ E-mail principal : _____

Adresse (si différente) : _____

Téléphone maison : _____ Téléphone travail : _____

Si, à quel que 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 englobe 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

Information de l'enfant

Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____

Degré scolaire : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

No d'assurance maladie : _____ Expiration _____

Nom du médecin de l'enfant : _____ Tél : _____

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 du parent _____ Date _____

Signature du responsable _____ Date _____

Merci de votre coopération!