

# Garderie des Enfants Modèles & Montessori Inc.

6274, Jean-Talon E., St-Léonard (Québec) H1S 1M8 (514)259-9130

[gemminc@videotron.ca](mailto:gemminc@videotron.ca)

*Inscription/Registration*

*2020/2021*

## IDENTIFICATION DE L'ENFANT / CHILD'S IDENTIFICATION INFORMATION

Nom de Famille : Surname	Prénom : Given Name	
Adresse de L'enfant : Child's address  Same as mom's Même que maman ____	Langue parlée Language(s) spoken	Comprise : Understood
Date de Naissance : Date of birth	No. d'Assurance Maladie : Medicare number Expiry Date :	Date d'expiration :
Début du Contrat : Start of contract :	Fin du Contrat : le 31 aout 2021 End of contract : August 31, 2021	

<b>MÈRE / MOTHER</b>	<b>PÈRE / FATHER</b>
Nom de Famille : Surname	Nom : Surname
Prénom : Given name	Prénom : Given name
Adresse : Address	Adresse : Address Même que maman ____ Same as mom
Code postal : Postal code :	Code postal : Postal code :
Tél. à la Maison : Telephone (home)	Tél. à la Maison : Telephone (home)
Tél. au Travail : Telephone (work)	Tél. au Travail : Telephone (work)
Tél. Cellulaire : Telephone (cell)	Tél. Cellulaire : Telephone (cell)
N.A.S.: S.I.N.	N.A.S.: S.I.N.
Courriel: Email	Courriel: Email

## JOURS DE GARDE / DAYS OF CARE

<input type="checkbox"/> Lundi/Monday	<input type="checkbox"/> Mardi/Tuesday	<input type="checkbox"/> Mercredi/Wednesday	<input type="checkbox"/> Jeudi/Thursday	<input type="checkbox"/> Vendredi/Friday
---------------------------------------	--	---	---	--

## PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE SI ON NE PEUT PAS REJOINDRE LES PARENTS

### EMERGENCY CONTACTS OTHER THAN PARENTS

Nom : Name	Relation : Relationship
Adresse : Address :	
Tél. à la Maison : Telephone (home)	Tél. au Travail ou cellulaire : Telephone (work or cell)
Nom : Name	Relation : Relationship
Adresse : Address :	
Tél. à la Maison : Telephone (home)	Tél. au Travail ou cellulaire : Telephone (work or cell)

## PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) À VENIR CHERCHER L'ENFANT À PART LES PARENTS

### PERSONS AUTHORIZED TO PICK CHILD UP OTHER THAN PARENTS

Nom : Name	Relation : Relationship
Adresse : Address :	
Tél. à la Maison : Telephone (home)	Tél. au Travail ou cellulaire : Telephone (work or cell)

**RESTRICTIONS ET PRÉCISIONS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ENFANT (Ex. Allergie ou besoins spéciaux)****RESTRICTIONS AND HEALTH PRECISIONS (Ex. Allergies or special needs)**

<b>RESTRICTIONS ALIMENTAIRES</b> <b>FOOD RESTRICTIONS</b>	<b>ALLERGIES OU BESOINS SPÉCIAUX</b> <b>ALLERGIES OR SPECIAL NEEDS</b>
Veuillez indiquer avec un (X) les aliments que vous refusez qui soient servis à votre enfant.	
POULET / CHICKEN	
BŒUF / BEEF	
POISSON / FISH	
DINDE/ TURKEY	

**AUTORISATION / AUTHORIZATION**

- Par la présente, j'autorise la Garderie des Enfants Modèles & Montessori Inc. à sortir mon enfant de la garderie pour jouer dans la cours, aller au parc et prendre une marche.
- Par la présente, j'autorise la Garderie des Enfants Modèles & Montessori Inc. à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence pour la santé de mon enfant, incluant d'appeler urgence : 9 – 1 – 1.
- I hereby authorize Garderie des Enfants Modèles & Montessori Inc. to take my child out of the daycare premises to the backyard, for daily outdoor walks, to the park and around the daycare vicinity.
- I hereby authorize Garderie des Enfants Modèles & Montessori Inc. to take all necessary measures in the case of an emergency for the health and wellbeing of my child, including calling 9 -1 - 1.

**AUTORISATION / AUTHORIZATION**

- Par la présente, j'autorise la Garderie des Enfants Modèles & Montessori Inc. à administrer à mon enfant les médicaments suivants :
- I hereby authorize Garderie des Enfants Modèles & Montessori Inc. to administer the following to his/her child :

	<b>YES/OUI</b>	<b>NO/NON</b>
- Acetaminophen / Acétaminophène	—	—
- Saline nose drops / Soluté Nasal	—	—
- Oral dehydration drops / Hydratant Voies Nasales	—	—
- Calamine lotion / Lotion de Calamine	—	—
- Zinc based rash cream / Crème Irréfléchie de Zinc	—	—
- Sunscreen / Lotion de Soleil	—	—

Should the parent require the daycare to administer any other medication to the child, it must have the consent of the Parent as well as the written consent (a prescription) of an authorized doctor.

Si le parent exige à la garderie d'administrer autre médication à l'enfant, il doit avoir le consentement du parent aussi bien que le consentement écrit (une prescription) d'un docteur autorisé.

JE CONSTATE AVOIR LU CE PRÉSENT CONTRAT ET LA RÉGIE INTERNE DE LA GARDERIE ET J'ACCEPTE LEUR CONTENU.

I HEREBY CONFIRM THAT I HAVE READ THE CONTRACT HEREWITH AND THE DAYCARE'S INTERNAL RULES AND REGULATIONS AND I ACCEPT THE TERMS AND CONDITIONS HEREWITH ENCLOSED.

SIGNATURE : \_\_\_\_\_

St-Léonard, le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Jour / Mois / Année

Compte sur le nom de \_\_\_\_\_

Initiales parent /Parent's Initials: \_\_\_\_\_

Initiales garderie /Daycare's Initials: \_\_\_\_\_