



SERVICE D'ACCUEIL

Centre de Loisirs et d'Animation Culturelle de Guybourg

1905, rue Cadillac, Montréal, Qc, H1N 2T4

(514) 252-8080 Fax (514) 252-4740

info@clacdeguybourg.org

INFORMATIONS GÉNÉRALES

ENFANT:

NOM DE FAMILLE: _____ PRÉNOM: _____

DATE DE NAISSANCE: ____/____/____ ÂGE: _____ M F

ADRESSE: _____ APP.: _____

VILLE: _____ CODE POSTAL: _____

VOTRE ENFANT VIT-IL EN GARDE PARTAGÉE? ? OUI NON

MÈRE:

NOM DE FAMILLE: _____ PRÉNOM: _____

ADRESSE: _____ APP.: _____

VILLE: _____ CODE POSTAL: _____

TÉL. MAISON: _____ TÉL. TRAVAIL: _____

CELL.: _____ COURRIEL: _____

PÈRE:

NOM DE FAMILLE: _____ PRÉNOM: _____

ADRESSE: _____ APP.: _____

VILLE: _____ CODE POSTAL: _____

TÉL. MAISON: _____ TÉL. TRAVAIL: _____

CELL.: _____ COURRIEL: _____

QUI DOIT-ON CONTACTER EN PREMIER ? MÈRE PÈRE

INFORMATIONS SCOLAIRES

NIVEAU (À COMPLÉTER EN SEPTEMBRE): _____

NOM ET PRÉNOM DE L'ENSEIGNANT(E): _____

EN CAS D'URGENCE PERSONNES À CONTACTER (AUTRES QUE LES PARENTS)

1. NOM: _____ TÉLÉPHONE: _____

LIEN AVEC L'ENFANT: _____

2. NOM: _____ TÉLÉPHONE: _____

LIEN AVEC L'ENFANT: _____

FICHE MÉDICALE

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE: _____ DATE D'EXPIRATION: _____

ALLERGIE: NON OUI SI OUI, SPÉCIFIEZ: _____

VOTRE ENFANT PREND-T-IL DES MÉDICAMENTS: NON OUI

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER (NOM DU/DES MÉDICAMENT(S), FRÉQUENCE, DOSE, RAISON:

Y A-T-IL D'AUTRES FACTEURS RELEVANT DE L'ÉTAT PHYSIQUE OU ÉMOTIF QUE VOUS AIMERIEZ NOUS FAIRE CONNAÎTRE ? :

J'AUTORISE, pour des raisons de sécurité, les responsables du service d'accueil du C.L.A.C de Guybourg , à diffuser à tout le personnel du groupe de mon enfant, l'information contenue dans la fiche santé et, en cas d'urgence (accident ou maladie subite), à prendre les mesures nécessaires pour prodiguer les premiers soins et à veiller au transport de mon enfant en ambulance à l'hôpital, si nécessaire. Le transport vers un centre hospitalier est aux frais du parent.

NON OUI SIGNATURE: _____

AUTORISATIONS

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER MON ENFANT

VEUILLEZ INDIQUER LE NOM ET LE LIEN DE TOUTES PERSONNES AUTRES QUE LES PARENTS QUI SONT AUTORISÉES À VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT:

AUTORISATION DE QUITTER LE SERVICE D'ACCUEIL SEUL

J'AUTORISE, à moins d'un avis contraire de ma part, mon enfant à quitter le service d'accueil seul à chaque jour. Je dégage le C.L.A.C de Guybourg de toute responsabilité qui en découle.

NON OUI

AUTORISATION POUR LES PHOTOS

J'AUTORISE le C.L.A.C de Guybourg à produire du matériel promotionnel (vidéo, photos) dans lequel mon enfant pourrait être inclus.

J'ACCEPTÉ JE REFUSE

AUTORISATION POUR LES SORTIES

J'AUTORISE mon enfant à participer aux sorties et à toutes activités qui s'y rattachent. Par le fait même, j'autorise le transport en autobus scolaire lors des sorties.

NON OUI

GUIDE D'INFORMATION DU SERVICE D'ACCEUIL POUR LE PARENT

Je comprends, par la présente, que j'ai la responsabilité de lire le GUIDE DU PARENT que je peux me procurer au bureau administratif (local: 104) ou sur le site internet.

NON OUI INITIALES: _____

PAIEMENT

REÇU POUR FIN D'IMPÔT

OBLIGATOIRE : VEUILLEZ INDIQUER LE NOM DU PAYEUR. IL/ELLE RECEVRA LE REÇU POUR LES IMPÔTS.

NOM: _____ N.A.S.: _____

CHOIX D'HORAIRE ET DE RÉSERVATION DE BASE

BLOC DU MATIN (2.50\$/BLOC)

LUNDI

MARDI

MERCREDI

JEUDI

VENDREDI

À PARTIR DE 7H00 JUSQU'AU DÉBUT DES CLASSES.

BLOC DU SOIR (4.00\$/BLOC)

LUNDI

MARDI

MERCREDI

JEUDI

VENDREDI

DÈS L'ARRIVÉE AU SERVICE D'ACCUEIL JUSQU'AU DÉPART AVEC LES PARENTS(MAXIMUM 18H00).

BLOC PAR JOUR (5.00\$/BLOC)

LUNDI

MARDI

MERCREDI

JEUDI

VENDREDI

BLOC DU MATIN ET BLOC DU SOIR

BLOC PAR SEMAINE (23.00\$/SEMAINE)

BLOC DU MATIN ET BLOC DU SOIR

HORAIRE ALLONGÉ (2.00\$/BLOC)

LUNDI

MARDI

MERCREDI

JEUDI

VENDREDI

AM

PM

AM: 6H30 À 7H00 / PM: 18H00 À 18H30

*DES FRAIS D'ADMINISTRATION (SEPTEMBRE À JUIN) DE 25\$ PAR DOSSIER SONT DEMANDÉS.

SIGNATURE DU PARENT

RESPONSABLE C.L.A.C DE
GUYBOURG

DATE