

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

2018-2019

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION		
Date & Heure reçu & Initiale	Programme(s) choisi(s) <input type="checkbox"/> Été <input type="checkbox"/> Automne/Hiver	Nouveau Parent <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Méthode de paiement <input type="checkbox"/> Chèques <input type="checkbox"/> PPA <input type="checkbox"/> Frais d'inscription	Subvention <input type="checkbox"/> Ville <input type="checkbox"/> OW <input type="checkbox"/> PELP Agent :	Date de début de l'enfant : Date de départ de l'enfant :
Confirmation de placement : <input type="checkbox"/> Été <input type="checkbox"/> Automne <input type="checkbox"/> ACCEO <input type="checkbox"/> Paramètres <input type="checkbox"/> Info bancaires		

ENFANT

Nom, prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance (J/M/A)	Mon enfant parle français <input type="checkbox"/> Mon enfant comprend le français <input type="checkbox"/>
Adresse complète			Langue(s) parlée(s) à la maison

PARENTS/TUTEURS

Parent 1 (Nom, prénom)	Relation avec l'enfant	Tél. Domicile ()
Adresse complète		Tel. Travail ()
Employeur (Nom et adresse)		Tél. Cellulaire ()
<input type="checkbox"/> Je parle français <input type="checkbox"/> Je comprends le français	Adresse courriel	Je désire recevoir toute communication par courriel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Parent 2 (Nom, prénom)	Relation avec l'enfant	Tél. Domicile ()
Adresse complète		Tel. Travail ()
Employeur (Nom et adresse)		Tél. Cellulaire ()
<input type="checkbox"/> Je parle français <input type="checkbox"/> Je comprends le français	Adresse courriel	Je désire recevoir toute communication par courriel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Est-ce qu'une ordonnance de garde existe? Oui Non - Si oui, une copie de cette ordonnance doit être soumise avec ce formulaire.

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT AUTRE QUE LES PARENTS

Nom	Nom		
Relation avec l'enfant	Relation avec l'enfant		
Tél. – Domicile ()	Tél. – Cellulaire ()	Tél. – Domicile ()	Tél. – Cellulaire ()

Ces personnes seront autorisées à partir avec l'enfant seulement si le parent a téléphoné pour nous en informer ou s'il l'a indiqué par écrit le matin. Une preuve d'identité avec photo sera demandée à ces personnes. Ces personnes pourront être contactées aussi en cas d'urgence s'il est impossible de rejoindre les parents. Elles doivent être âgées d'au moins 18 ans.

AUTORISATIONS / PERMISSIONS

Si je ne peux pas être rejoint(e) en cas d'accident ou autre urgence médicale, j'autorise le personnel de <i>La ribambelle</i> à obtenir immédiatement une assistance médicale adéquate pour mon enfant. Il est entendu que tous les moyens seront pris pour me rejoindre le plus tôt possible.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales : _____
J'accepte que mon enfant participe aux sorties hors du terrain de jeu de <i>La ribambelle</i> , sous la surveillance d'un(e) éducateur (trice).	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales : _____
J'accepte que des photos et/ou vidéos de mon enfant puissent être utilisées : <input type="checkbox"/> à <i>La ribambelle</i> seulement <input type="checkbox"/> publiquement (site web, publicité, journaux, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales : _____
Je comprends et j'accepte les conditions de retrait énoncées dans le <i>Guide aux parents 2018-19</i> , soit qu'à défaut d'un préavis de 30 jours soumis par écrit à la Gestionnaire de l'Administration lors du retrait de mon enfant, des frais équivalent à un (1) mois de service seront payables, sans exception.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales : _____
J'ai lu et j'accepte les politiques et procédures décrites dans le <i>Guide aux parents 2018-19</i> que j'ai reçu au moment de l'inscription de mon enfant à <i>La ribambelle</i> .	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales : _____
Pour le Bureau de Santé : j'accepte que le numéro de la carte-santé de mon enfant soit conservé dans les dossiers de <i>La ribambelle</i> .	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales : _____

En apposant ma signature, j'accepte tous les termes et conditions énoncés dans le formulaire d'inscription et le *Guide aux parents 2018-2019*.

Parent 1 : Initiales: _____ Signature: _____ Date: _____

Parent 2 : Initiales: _____ Signature: _____ Date: _____

LONDON - ÉTÉ 2018

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance : (jj/mm/aa) ___/___/___

CENTRES ET PROGRAMMES

POUPON
0-18 mois

BAMBIN
18-30 mois

PRÉSCOLAIRE
2 ½ - 5 ans

Veillez cocher le centre et le programme désirés et faire un deuxième choix au cas où la place n'est pas disponible

1 ^{er}	2 ^e	(Heures d'opération : 7h30 – 17h30 du lundi au vendredi)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La Pommeraie :	<input type="checkbox"/> Poupons (temporaire)	<input type="checkbox"/> Bambin <input type="checkbox"/> Préscolaire
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ridgewood :		<input type="checkbox"/> Bambin <input type="checkbox"/> Préscolaire
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	St-Jean-de-Brébeuf :		<input type="checkbox"/> Bambin <input type="checkbox"/> Préscolaire
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ste-Jeanne-D'Arc :		<input type="checkbox"/> Préscolaire

(Notre centre La Tamise sera fermé durant l'été pour cause de rénovation de l'école)

Veillez cocher les semaines dans le groupe où vous avez besoin du service de garde :

JUILLET 2018			
	POUPON 0-18 mois	BAMBIN 18-30 mois	PRÉSCOLAIRE 2 ½ - 5 ans
3 - 6 juillet	<input type="checkbox"/> 238\$	<input type="checkbox"/> 225\$	<input type="checkbox"/> 205\$
9 - 13 juillet	<input type="checkbox"/> 297\$	<input type="checkbox"/> 281\$	<input type="checkbox"/> 257\$
16 -20 juillet	<input type="checkbox"/> 297\$	<input type="checkbox"/> 281\$	<input type="checkbox"/> 257\$
23 -27 juillet	<input type="checkbox"/> 297\$	<input type="checkbox"/> 281\$	<input type="checkbox"/> 257\$
Total juillet			

AOÛT 2018			
	POUPON 0-18 mois	BAMBIN 18-30 mois	PRÉSCOLAIRE 2 ½ - 5 ans
13 – 17 août	<input type="checkbox"/> 297\$	<input type="checkbox"/> 281\$	<input type="checkbox"/> 257\$
20 - 24 août	<input type="checkbox"/> 297\$	<input type="checkbox"/> 281\$	<input type="checkbox"/> 257\$
27 - 31 août	<input type="checkbox"/> 297\$	<input type="checkbox"/> 281\$	<input type="checkbox"/> 257\$
Total août			

(Veillez noter que La ribambelle est fermée du 30 juillet au 10 août 2018 inclusivement.)

Dépôt requis au moment de l'inscription

- Frais d'ouverture de dossier (pour les nouveaux enfants seulement) 55,00\$
- Paiement complet des deux premières semaines choisies: \$

Total du dépôt (chèque postdaté au 1^{er} juin 2018) : \$

Solde dû pour le mois de juillet (chèque postdaté au 29 juin 2018 pour la portion de juillet): \$

Solde dû pour le mois de aout (chèque postdaté au 27 juillet 2018 pour la portion d'août): \$

Les paiements préautorisés sont aussi disponibles.

Un préavis de 30 jours soumis par écrit au centre administratif est requis lors du retrait de votre enfant/inscription. Des frais équivalents à un (1) mois de service seront payables, sans exception.

Veillez prendre note qu'aucune inscription sera confirmée sans avoir reçu le dépôt, la méthode de paiement requise et tous les formulaires dûment complétés.

Parent/tuteur 1 : Signature _____ Date : _____

Parent/tuteur 2 : Signature _____ Date : _____

(Veillez noter : La ribambelle se réserve le droit d'annuler les programmes en tout temps).

LONDON - AUTOMNE/PRINTEMPS 2018-2019

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance : (jj/mm/aa) ___/___/___

CENTRES ET PROGRAMMES

POUPON

0-18 mois
1221\$/mois

BAMBIN

18-30 mois
1136\$/mois

PRÉSCOLAIRE

2 ½ - 5 ans
1013\$/mois

PRÉSCOLAIRE (alternance)

2 ½ - 5 ans
590\$/mois

Veillez cocher le centre et le programme désirés et faire un deuxième choix au cas où la place n'est pas disponible

1 ^{er}	2 ^e	Heures d'opération de 7h30 à 18h			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frère André :		<input type="checkbox"/> Préscolaire	<input type="checkbox"/> Préscolaire en alternance*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marie-Curie :		<input type="checkbox"/> Préscolaire	<input type="checkbox"/> Préscolaire en alternance*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La Pommeraié :	<input type="checkbox"/> Bambin	<input type="checkbox"/> Préscolaire	<input type="checkbox"/> Préscolaire en alternance*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ridgewood :	<input type="checkbox"/> Bambin	<input type="checkbox"/> Préscolaire	<input type="checkbox"/> Préscolaire en alternance*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	St-Jean-de-Brébeuf :	<input type="checkbox"/> Bambin	<input type="checkbox"/> Préscolaire	<input type="checkbox"/> Préscolaire en alternance*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ste-Jeanne-d'Arc :		<input type="checkbox"/> Préscolaire	<input type="checkbox"/> Préscolaire en alternance*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La Tamise :	<input type="checkbox"/> Poupon	<input type="checkbox"/> Bambin	<input type="checkbox"/> Préscolaire en alternance*

***Horaire désirée pour l'alternance :** lundi/mercredi mardi/jeudi Aucune préférence

Le programme préscolaire en alternance est disponible seulement selon la demande et peut être annulé en tout temps. Ce programme inclus 2 jours par semaine et 1 vendredi sur 2, prédéterminé par la ribambelle.

Notez bien : Nos programmes d'automne/hiver débutent le 4 septembre 2018 et terminent à la fin juin 2019 selon le calendrier scolaire. Les frais mensuels sont calculés selon une moyenne des journées pendant cette période. Les frais peuvent être sujets à un changement.

Dépôt requis au moment de l'inscription

- Frais d'ouverture de dossier (pour les nouveaux enfants seulement)..... 55,00 \$
 - Paiement d'un mois (chèque postdaté au 1^{er} juin 2018) applicable au mois de juin 2019 :..... \$
 - Série de chèques postdatés (1^{er} de chaque mois) de septembre 2018 à mai 2019 inclusivement
- Ou** un formulaire de prélèvements préautorisés complété **Total du dépôt :** _____ \$

Un préavis de 30 jours soumis par écrit au centre administratif est requis lors du retrait de votre enfant/inscription.
Des frais équivalents à un (1) mois de service seront payables, sans exception.

Veillez prendre note qu'aucune inscription sera confirmée sans avoir reçu le dépôt, la méthode de paiement requise et tous les formulaires dûment complétés.

- Parent/tuteur 1 : Signature _____ Date : _____
- Parent/tuteur 2 : Signature _____ Date : _____

(Veillez noter : La ribambelle se réserve le droit d'annuler les programmes en tout temps).

Formulaire de santé

Ce formulaire doit être dûment complété **avant l'entrée au centre.**

Nom de l'enfant : _____	No. carte santé : _____
Date de naissance : (j/m/a) ___/___/_____	Pays d'origine : _____
Mère/tuteur : _____	Tél. jour : _____
Père/tuteur : _____	Tél. jour : _____
<i>En cas d'accident ou de maladie, qui préférez-vous que l'on appelle?</i>	
En premier lieu : Nom : _____	Tél. urgence : _____
En deuxième lieu : Nom : _____	Tél. urgence : _____

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Est-ce que votre enfant prend des médicaments? Oui Non *Si oui, svp préciser plus bas.*
 A-t-il une diète spéciale? Oui Non *Si oui, svp préciser plus bas.*
 Y a-t-il quelque chose d'important à mentionner sur sa santé ou son comportement?

Allergies? (alimentaires ou à des médicaments etc.)* Léger Moyen Sévère

**Lorsque possible, des repas spéciaux pourraient être préparés pour les enfants avec des allergies alimentaires seulement (une note du médecin est fortement recommandé).*

Nom du médecin de famille : _____ Tél : (____) _____

Adresse : _____

Je déclare que les renseignements donnés sont complets et je m'engage à informer la ribambelle de tous changements de santé de mon enfant.

Parent/tuteur 1 : Signature _____ Date : _____

Parent/tuteur 2 : Signature _____ Date : _____

BUREAU DE SANTÉ DE MIDDLESEX-LONDON

PRÉVENTION DES MALADIES PAR LA VACCINATION

POUR LES ENFANTS QUI FRÉQUENTENT UNE GARDERIE



Nom de l'enfant : _____

Garçon Fille

Date de naissance : ____/____/____ (année, mois, jour) N° de carte Santé : _____

Adresse : _____

Nom de la garderie que fréquente l'enfant : _____

Nom du parent ou du tuteur : _____ Téléphone : _____

Veillez remplir le tableau ci-dessous et remettre une copie du formulaire à la garderie et au Bureau de santé.

Vous pouvez transmettre les renseignements au Bureau de santé par la poste (50, rue King, London ON N6A 5L7), par télécopieur (519 663-0416), par courriel à shots@mlhu.on.ca ou par l'intermédiaire du site Web du Bureau de santé à www.healthunit.com/immunization.

Vous pouvez aussi annexer à ce formulaire une copie de la fiche d'immunisation jaune de votre enfant. Votre médecin ou l'infirmière doit remplir la fiche chaque fois que votre enfant reçoit un vaccin et vous devez conserver la fiche. Si votre enfant reçoit d'autres vaccins, veuillez nous aviser du nom du vaccin et de la date d'administration.

Dates d'administration (aaaa/mm/jj)	Diphtérie	Tétanos	Coqueluche	Polio – VPI (Salk) – injection	Polio – VPO (Sabin) – voie orale	Haemophilus influenzae b (Hib)	Antipneumo conjugué (Prevnar/ Synflorix)	(ROR)			Mén. C conjugué (Neisvac/ Menjugate)	Varicelle	Hépatite B
								Rougeole	Oreillons	Rubéole			
<i>Exemple 2006 janv. 31</i>	✓	✓	✓	✓		✓							

Je comprends que des renseignements personnels sur la santé recueillis sur le présent formulaire peuvent être divulgués, sur demande, à mon médecin, à d'autres bureaux de santé, à un hôpital, à un centre pour les jeunes ou à la Société d'aide à l'enfance pour s'assurer que les vaccins sont administrés au moment approprié et pour éviter de répéter l'administration d'un vaccin.

Cochez ici si vous ne voulez pas qu'on divulgue de renseignements à votre égard.

J'accepte que le numéro de carte Santé qui figure sur ce formulaire soit conservé à la garderie de mon enfant.

Signature : _____ Date : _____

Nom en lettres moulées : _____

Si votre enfant reçoit d'autres vaccins OU si vous avez des questions, appelez le Programme de prévention des maladies par la vaccination au 519 663-5317, poste 2330.

Les renseignements personnels sont recueillis en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990 (modifié), de l'article 8 de la Loi sur l'immunisation des élèves, L.R.O. 1990 (modifié) et de la Loi sur les garderies, L.R.O. 1990 (modifié) et sont utilisés pour conserver un dossier d'immunisation sur votre enfant et pour prendre les mesures nécessaires afin d'éviter certaines maladies pouvant être prévenues par la vaccination. Les renseignements personnels sur la vaccination sont utilisés pour surveiller le statut immunitaire de la communauté. Si vous avez des questions concernant la collecte et le maintien de ces renseignements, communiquez avec D^{re} Bryna Warshawsky au 519 663-5317, poste 2330.



Nom de l'enfant /Name of Child: _____

La Ribambelle Centre Précolaire Francophone de London Direct Debit Program Authorization Form

To authorize **La Ribambelle Centre Précolaire Francophone de London** to receive payments debited from your account, complete all sections or request that your financial institution staff complete, stamp and sign in the boxes on the bottom of this page. Sign the form on the reverse side*.

PAYEE : **La Ribambelle Centre Précolaire Francophone de London**
403 Springbank Dr N London ON N6J 1G7 Telephone: (519) 472-2334

LA RIBAMBELLE CENTRE CUSTOMER (PAYOR) INFORMATION (Please Print):

LA RIBAMBELLE CENTRE PRÉSCOLAIRE FRANCOPHONE DE LONDON

Business Name (if applicable): _____

Last Name: _____ First Name: _____

Street Address: _____ Telephone: _____

City/Town: _____ Postal Code: _____

La Ribambelle Centre Customer Reference Number: _____

CUSTOMER'S FINANCIAL INSTITUTION (F.I.) ACCOUNT INFORMATION:

Name of F.I.: _____

Branch Street Address: _____ Telephone: _____

City/Town: _____ Postal Code: _____

The account that **La Ribambelle Centre Précolaire Francophone de London** is authorized to draw upon is indicated below. A specimen cheque if available for this account has been marked "VOID" and attached to this authorization.

I/We agree to inform **La Ribambelle Centre Précolaire Francophone de London** in writing, or any change in the account information provided in this authorization prior to the next due date of the PAD.

Credit Union Office Use Only, Please	
Account Number at F.I.:	

Institution #	Branch #
-----	-----

F.I. Branch to Stamp & Sign as Verification	
F.I. Staff Signature	Date



Nom de l'enfant /Name of Child: _____

La Ribambelle Centre Précolaire Francophone de London

Direct Debit Program Authorization Form

AGREEMENT BETWEEN LA RIBAMBELLE CENTRE PRÉSCOLAIRE FRANCOPHONE DE LONDON AND CUSTOMER(s) (referred to as I/We) AND FINANCIAL INSTITUTIONS:

1. I/We acknowledge that this authorization is provided for the benefit of the **La Ribambelle Centre Précolaire Francophone de London** and my financial institution and is provided in consideration of my financial institution agreeing to process debits against my account in accordance with the rules of the Canadian Payments Association.
2. I/We warrant and guarantee that all persons whose signatures are required to sign on this account have signed the agreement below.
3. I/We hereby authorize **La Ribambelle Centre Précolaire Francophone de London** to draw on my/our account, with my financial institution as indicated on the reverse of this authorization for the following purpose:
 - a) Specify the category – Personal or Business (circle one)
 - b) Specify the purpose – Fees
 - c) If Sporadic, specify the required valid authorization for processing each debit – password or secret code, signature
4. The maximum allowable amount for this debit is: \$ _____. The authorized frequency of debit transaction is **ONCE A MONTH** on the **5TH** of every month beginning on _____.
5. This agreement may be cancelled at any time by providing **La Ribambelle Centre Précolaire Francophone de London** notice in writing or orally (with proper authorization to verify the identity of the payor), 30 days prior to the next PAD being issued. In order to revoke this authorization, I/We must provide notice of revocation to **La Ribambelle Centre Précolaire Francophone de London**. For more information on my right to cancel a PAD, I may contact my financial institution or visit www.cdnpay.ca.
6. I/We acknowledge that providing and delivering this authorization to **La Ribambelle Centre Précolaire Francophone de London** constitutes delivery by me/us to my/our financial institution. Any delivery of this authorization to you constitutes delivery by me/us.
La Ribambelle Centre Précolaire Francophone de London is required to send written notice of the amount to be debited and the due date(s), at least 10 calendar days prior to the due date of every PAD.
7. **La Ribambelle Centre Précolaire Francophone de London** will provide me/us with written notice of the amount to be debited and the due date(s) of debiting, at least 10 calendar days before the due date of the first PAD. Notice will be provided every time there is a change in the amount or payment date(s).
8. Pre-notification may be given to me/us in writing or by _____ **N/A** _____ (mode agreed upon, i.e.: e-mail etc) or
I/we hereby waive pre-notification. Accepted by: **X** _____ (authorized signature(s))
9. My/our financial institution is not required to verify:
 - a) that a PAD has been issued in accordance with the particulars of this Payor's PAD Agreement including, but not limited to, the amount
 - b) that any purpose of payment for which this PAD was issued has been fulfilled by **La Ribambelle Centre Précolaire Francophone de London** as a condition to honouring a PAD issued or caused to be issued by **La Ribambelle Centre Précolaire Francophone de London** on my/our account.
10. This Payor's PAD Agreement applies only to the method of payment and does not otherwise have any bearing on the contract for goods and services exchanged. Revocation of this authorization does not terminate any contract for goods or services that exists between me/us and **La Ribambelle Centre Précolaire Francophone de London**.
11. I/We have certain recourse rights. I/We may dispute this PAD under any of the following conditions:
 - (a) the pre-authorization debit was not drawn in accordance with this Payor's PAD Agreement; or
 - (b) this Payor's PAD Agreement was revoked; or
 - (c) Pre-notification was not received and such pre-notification is required under the terms of this Payor's PAD Agreement.

In order to be reimbursed, I/We acknowledge that a declaration to the effect that either (a) (b) or (c) took place, must be presented to our financial institution's branch up to and including 90 calendar days in the case of a personal PAD (or up to and including 10 calendar days in the case of a business PAD), after the date on which the PAD in dispute was posted to my/our account. After such time, I/We acknowledge that the dispute must be resolved solely between me/us and **La Ribambelle Centre Précolaire Francophone de London**. **To obtain more information on my recourse rights, I may contact my financial institution or visit www.cdnpay.ca.**

12. I/We understand and accept my/our participation in this PAD arrangement.
13. I/We consent to the disclosure of any personal information contained in this document, necessary for the proper processing of this Payor's PAD Agreement to Libro Credit Union Limited.

Customer Signature: _____ Date: _____

Customer Signature: _____ Date: _____

Nom de l'enfant: _____ Parent(s): _____

Centre: _____ Groupe (encercler): Poupon Bambin Préscolaire Scolaire

Question sur votre enfant

1. Parlez-nous de votre enfant. Qu'est-ce qui le rend unique?

2. Qu'est-ce que votre enfant aime faire à la maison? Parlez-nous de ses intérêts.

3. Pourquoi avoir choisi La ribambelle comme service de garde pour votre enfant?

4. Quelles sont vos attentes envers le service de garde pour votre enfant?

6. Si vous venez chercher votre enfant à la garderie et qu'il est couvert de peinture, quelle est votre réaction? Quel est votre sentiment envers les activités sensorielles qui peuvent être salissantes?

7. Est-ce qu'il y a des défis que vous vivez avec votre enfant en ce moment? Quel(s) aspect(s) de son développement travaillez-vous?

8. Pouvez-vous nous dire comment vous répondez aux comportements indésirables à la maison? Comment votre enfant réagit à cela?

9. Est-ce que votre enfant aime goûter de nouveaux mets? Parlez-nous de ses habitudes alimentaires.

10. Avez-vous d'autres informations à nous partager au sujet de votre enfant?

11. Lorsque votre enfant graduera de La ribambelle, qu'est-ce que vous aimeriez qu'il ait accompli?

12. Est-ce que votre enfant a un doudou, photo ou bien jouet préféré qui l'aide pendant des périodes stressantes?

13. Est-ce que votre enfant s'endort tout seul ou avec de l'aide (ex. en frottant le dos, avec son doudou, avec de la musique, après une histoire)?
