



LISTE DE VÉRIFICATION POUR FORMULAIRE D'INSCRIPTION

En complétant le formulaire d'inscription, veuillez s'il vous plait vous assurer que vous avez ajouté la documentation requise en cochant ici-bas chaque case : **(Veuillez s'il vous plait prendre note que nous ne pouvons accepter votre inscription si l'un des items est manquant)**

Si vous êtes subventionné, veuillez indiquer quel est le programme, ainsi que le nom de votre agent (e)

OW VILLE Agente(e): _____

- Veuillez inscrire le nom et prénom de votre enfant, adresse résidentielle avec code postal et date de naissance
- Veuillez inscrire le nom des parents, travail, adresse de travail, numéro de téléphone, ou si vous êtes à votre compte ou à la maison, veuillez nous l'écrire dans la case "Employeur"
- Si vous êtes à l'école, veuillez indiquer l'école, l'adresse de l'école ainsi que le numéro de téléphone dans la case "Employeur"
- Veuillez cocher si oui ou non vous désirez recevoir nos communiqués par courriel
- Veuillez indiquer **2 contacts d'urgence** additionnels en plus des parents/tuteurs
- Veuillez apposer la signature des deux parents sur chaque page ou cela est requis
- Assurez-vous d'avoir apposé vos initiales dans la case sur chaque ligne dans la section " autorisations/permissions" ainsi que votre choix 'oui ou non'
- Pour un nouveau parent, assurez-vous d'avoir vos frais d'inscription 55\$, et vos chèques de dépôt selon le programme, le groupe et la période de l'année choisie.
- Pour un parent existant: assurez-vous d'avoir vos chèques de dépôt selon le programme, le groupe et la période de l'année choisie.
- Page formulaire de santé : Veuillez bien indiquer le numéro de carte de santé, les allergies ou restriction alimentaire de l'enfant, nom, téléphone et adresse du médecin
- Si votre enfant a des allergies ou Intolérances, vous aurez à compléter un formulaire additionnel au bureau administratif, au moment de l'inscription
- Page Bureau de Santé. Fournier une copie de la carte d'immunisations et compléter le formulaire avec signature
- Formulaire Paiement Préautorisée / ou chèques postdatés
 - Page (1) nom, adresse et numéro téléphonique
 - Page (2) signature au milieu de la page – et signature en bas – veuillez ajouter un chèque annulé pour votre information bancaire
- Complétez le formulaire: Questions sur votre enfant
- Remplir le formulaire d'autorisation pour le programme Himama / signature et courriel des deux parents





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 La ribambelle 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 La ribambelle, 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 La ribambelle 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 Guide aux parents 2018-19, 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 Guide aux parents 2018-19 que j'ai reçu au moment de l'inscription de mon enfant à La ribambelle.	<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 La ribambelle.	<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: _____

SARNIA - 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 désiré :

(Heures d'opération : 7h30 – 17h30 du lundi au vendredi)

Les Rapides : Poupon Bambin Préscolaire

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 d'août (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).

SARNIA - 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	
AVANT L'ÉCOLE LES RAPIDES 4 – ans 6 – 12 ans \$176/mois	APRÈS L'ÉCOLE LES RAPIDES 4 – 5 ans 6 – 12 ans \$261/mois	AVANT L'ÉCOLE ST-THOMAS-D'AQUIN 4 – 5 ans 6 – 12 ans \$235/mois	APRÈS L'ÉCOLE ST-THOMAS-D'AQUIN 4 – 5 ans 6 – 12 ans \$235/mois	ST-THOMAS-D'AQUIN PELP SEULEMENT 2 ½ - 4 ans <i>Programme Subventionné (Information disponible sur place)</i>

Veillez cocher le centre et le programme désirés : Heures d'opération de 7h15 à 17h45

LES RAPIDES

- Poupon Bambin Préscolaire Préscolaire (alternance)*
- Avant École (4-5 ans) Après École (4-5 ans) Avant École (6-12 ans) Après École (6-12 ans)

ST-THOMAS-D'AQUIN

- Bambin Préscolaire Préscolaire (alternance)* PELP seulement**
- Avant École (4-5 ans) Après École (4-5 ans) Avant École (6-12 ans) Après École (6-12 ans)
- Heures d'opération Avant / Après École de 7h à 15h30

*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.

** La disponibilité du programme PELP-Seulement sera confirmée en date ultérieure.

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 1er 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 : _____



COMMUNITY HEALTH SERVICES DEPARTMENT
 Environmental Health & Prevention Services
 160 Exmouth Street
 Point Edward, ON N7T 7Z6
 Telephone: 519 383-8331
 Toll Free: 1-800-667-1839
 Fax: 519 383-7092
www.lambtonhealth.on.ca

Student Nursery/School Immunization Record

Student's (last) Surname	Given (first) Names	Date of Birth (yy/mm/dd)	<input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male
Student's Legal Surname (if different from above)		Student's Country of Birth	
Student's Ontario Health Card Number (include Version Code and Expiry Date where applicable)			
Address (please include Number, Street, Box, R.R.#, Municipal 911 address)			
City/Town		Postal Code	
Home Telephone Number		Parent's Business Telephone Number	
Father's Full Name		Mother's Full Name	
Family Doctor's Name			
Name of School Registering for		Previous School (if any)	

Please complete following chart with all Immunization dates

Date (yyyy-mm-dd)	Diphtheria*	Tetanus*	Pertussis	Polio (IPV)*	Polio (OPV)*	(Hib) Haemophilus influenzae, type B	Pneumo-conjugate 13	Rotavirus	Measles*	Mumps*	Rubella*	Men-conjugate-C	Men-conjugate- ACWY	Varicella	Hepatitis B	Human Diphtheria toxin	Seasonal Influenza	Pneumo poly	Other (please specify)	Vaccine brand name

It is the PARENT/GUARDIAN'S responsibility to notify the Community Health Services Department of ALL immunizations a student receives at the doctor's office or hospital.

*All pupils entering nursery, elementary and secondary schools must be immunized against DIPHTHERIA, TETANUS, POLIO, MEASLES, MUMPS AND RUBELLA, ACCORDING TO THE DAY NURSERIES ACT, 1984, AND THE IMMUNIZATION OF SCHOOL PUPILS ACT 1990. Exceptions to this requirement are for conscience or religious beliefs (must have a signed affidavit) or medical reasons certified by a physician.

Parent/Guardian Signature _____ Print Name _____ Date _____

Please return to: Community Health Services Department, 160 Exmouth Street, Point Edward, ON N7T 7Z6

The personal information on this form is collected under the authority of the Health Protection and Promotion Act, R.S.O. 1990, c. H.7. This personal information may be shared with the Ontario Ministry of Health, Ontario Ministry of Community & Social Services, your child's school and/or your local Health Department should you move out of Lambton County. Please direct any questions about the collection of this information to the Community Health Services Department - 519 383-8331.



Nom de l'enfant /Name of Child: _____

**La Ribambelle Centre Préscolaire Francophone de London
Direct Debit Program Authorization Form**

To authorize **La Ribambelle Centre Préscolaire 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 Préscolaire 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 Préscolaire 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 Préscolaire 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.cdnnpay.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.cdnnpay.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)?



PROGRAMME HiMama!

NOM DU CENTRE : _____ GROUPE : _____

ENTENTE DE PARTICIPATION : De publier les photos, vidéos et travaux de mon enfant par courriel via le programme HiMama

À : Parent(s)/Tuteur légal

Nous vous prions de lire attentivement cette entente puisqu'elle vous informe au sujet de la sécurité associée à la confidentialité sur le comportement et la vie privée.

Afin de conserver les informations sécuritaires et confidentielles, il est requis d'obtenir la permission du(des) parent(s)/tuteur afin de publier les photos, vidéos et travaux de votre enfant par l'entremise du programme appelé HiMama. En signant ce formulaire, vous donnez la permission à La ribambelle de prendre des photos et vidéos de votre enfant dans le but de partager l'information avec vous par l'entremise du programme HiMama. Vous recevrez des mises à jour et de l'information à propos de votre enfant via HiMama à l'adresse de courrier électronique que vous fournirez sur ce formulaire.

Il est à noter qu'il peut être possible que d'autres enfants apparaissent sur une photo, une vidéo ou une documentation de votre enfant. En signant ce document, vous acceptez de ne pas partager les photos ou vidéos de d'autres enfants, autres que le vôtre, à l'extérieur du programme de HiMama sans obtenir, au préalable, la permission.

Pour en savoir plus au sujet du programme, nous vous invitons à visiter www.himama.com. Veuillez svp compléter, signer et retourner ce formulaire à votre centre si vous désirez participer au programme. Nous vous prions de bien vouloir nous contacter si vous avez des questions.

Je, soussigné, désire participer au programme sur une base volontaire :

Nom de mon enfant : _____ Date de naissance : _____

Nom du(des) parent(s)/Tuteur : 1) _____ 2) _____

Adresse(s) courrier électronique : 1) _____ 2) _____

Signature(s) : 1) _____ 2) _____ Date : _____

**Note : Veuillez svp faire compléter l'entente de participation par chaque parent/tuteur de l'enfant.
Merci!**

