



## CONTRAT DE FRÉQUENTATION – SERVICE DE GARDE – 2023-2024

### Entre : *La Municipalité de Villeroy*

Nom : Municipalité de Villeroy	
Adresse : 378, rue Principale, Villeroy, QC, G0S 3K0	
Tél. : 819-385-4605	Courriel : dg.adj@municipalitevilleroy.ca

### Et : *Le Parent*

Nom :	Prénom :	
Courriel :		
Adresse :		
Tél. rés. :	Tél. travail :	Cell :
Nom de la personne à qui doit être émis le Relevé 24		
Nom :	Prénom :	NAS* :

\* Il est obligatoire de fournir le NAS pour produire le relevé 24.

### Concernant la garde de l'Enfant :

Nom :	Prénom :	Date naissance :
-------	----------	------------------

Utilisateur régulier (indiquez les périodes de fréquentations désirées). \*

Utilisateur occasionnel (vous devez aviser l'éducatrice la veille).

Heure d'arrivée	Heure de départ	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Journées pédagogiques

\* **Attention** : vous devez cocher uniquement les journées que vous êtes certains d'utiliser, car les journées réservées seront facturées, que le service soit utilisé ou non.

### **Durée du contrat**

Le contrat entre en vigueur le (date de la première journée de fréquentation de l'Enfant)  
\_\_\_\_\_ et se termine le \_\_\_\_\_.

### **Autorisation**

J'autorise l'éducatrice du service de garde à prendre des photographies de mon enfant qui serviront à titre de souvenir, pour la confection de bricolages ou d'outils promotionnels.

OUI       NON

Lors des journées pédagogiques, j'accepte de déboursier des frais supplémentaires de 5.00 \$ si mon enfant oublie son lunch et que je ne peux pas lui en apporter un dans un délai raisonnable.

OUI       NON

Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant le service de garde, je m'engage à transmettre cette information à la direction du service de garde, qui fera le suivi approprié avec l'éducatrice.

En signant la présente, j'autorise le service de garde à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du service de garde le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier de santé communautaire.

Je m'engage à collaborer avec la direction du service de garde et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou du tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de la municipalité

\_\_\_\_\_  
Date



## FICHE SANTÉ – SERVICE DE GARDE – 2023-2024

### 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :		Sexe :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Prénom :		Âge :	
Adresse :		Date de naissance :	
		# ass. maladie (de l'enfant) :	
Code postal :		Téléphone :	
		Date d'expiration :	

### 2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom du PÈRE :	Prénom et nom de la MÈRE :
Téléphone (travail) :	Téléphone (travail) :
Poste :	Poste :
Cellulaire :	Cellulaire :
Courriel :	Courriel :

### 3. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE : <input type="checkbox"/> Père et Mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur	
Deux autres personnes à joindre en cas d'URGENCE	
Prénom et nom :	Prénom et nom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone (rés.) :	Téléphone (rés.) :
Téléphone (autre) :	Téléphone (autre) :

#### 4. PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT

J'autorise les personnes suivantes (autre que le père et la mère) à venir chercher mon enfant :

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**IMPORTANT** : Si un jugement de la cour est rendu quant à la garde des enfants, une copie doit être transmise à la municipalité afin de nous aider à mieux encadrer votre enfant. Aucune autre personne ne sera autorisée à transporter votre enfant. Si vous prévoyez que d'autres personnes le fassent, prière de faire parvenir une autorisation écrite et signée à l'éducatrice.

#### 5. DONNÉES MÉDICALES

Votre enfant présente-t-il des problèmes de santé importants ?  Oui  Non  
(Exemple : maladie chronique, diabète, asthme, épilepsie, TDAH, etc.)

Si oui, mon enfant a les problèmes médicaux suivants (pour les allergies, le spécifier à la question suivante) :

---

---

---

Mon enfant est allergique aux éléments suivants (nourriture, médicaments, fièvre des foins, animaux, etc.) :

---

---

---

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit, etc.) en raison de ses allergies ? Si oui, précisez la posologie.  Oui  Non Posologie : \_\_\_\_\_

Votre enfant doit-il prendre des médicaments ?  Oui  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant les prend lui-même ?  Oui  Non

**Si votre enfant doit prendre des médicaments**, vous devrez remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

Votre enfant a-t-il des problèmes émotionnels ou comportementaux (ex. : peurs, violence physique, crise fréquente, etc.)  Oui  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Votre enfant est-il suivi par un intervenant du CLSC, CRDI ou CRDP ?  Oui  Non

Si oui, accepteriez-vous que les personnes désignées par le service de garde de Villeroy puissent entrer en contact avec son intervenant si des problématiques particulières surviennent ?  Oui  Non

Nom de l'intervenant (e) : \_\_\_\_\_

# de téléphone : \_\_\_\_\_

Autres éléments dont le service de garde devrait être informé :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement au responsable du service de garde afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.**