

IDENTIFICATION DE L'ENFANT / CHILD'S IDENTIFICATION INFORMATION				
Nom de Famille : Surname	Prénom : Given Name			
Adresse de L'enfant : Child's address Même que maman ____ Téléphone# _____ Same as Mother's Telephone# _____	Langue parlée & comprise : Language(s) spoken & understood			
Date de Naissance : Date of birth	No. d'Assurance Maladie : Medicare number			
	Date d'expiration : Expiry Date			
MÉDECIN DE L'ENFANT / CHILD'S DOCTOR				
Nom du médecin : Doctor's name	Nom du médecin : Doctor's address			
Téléphone : Telephone Number				
MÈRE / MOTHER	PÈRE / FATHER			
Nom de Famille : Surname	Nom : Surname			
Prénom : Given name	Prénom : Given name			
Adresse : Address	Adresse : Même que Maman ____ Same as Mother's			
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				
Lundi/Monday <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	Mardi/Tuesday <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	Mercredi/Wednesday <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	Jeudi/Thursday <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	Vendredi/Friday <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.
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)		

Début du contrat: _____
Start of contract

Fin du contrat: _____
End of contract

Initiales du parent: _____
Parent's Initials

Initiales Garderie: _____
Daycare's Initials

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)																								
Nom : Name	Relation : Relationship																								
Adresse : Address																									
Tél. à la Maison : Telephone (home)	Tél. au Travail ou cellulaire : Telephone (work or cell)																								
PRÉCISIONS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ENFANT (Ex. Allergie ou besoins spéciaux)																									
HEALTH PRECISIONS (Ex. allergies or special needs)																									
AUTORISATION / AUTHORIZATION																									
<ul style="list-style-type: none"> - Par la présente, j'autorise à l'Academie Le Pas Principal à sortir mon enfant de la garderie pour jouer dans la cours, aller au parc et prendre une marche. - Par la présente, j'autorise l'Academie Le Pas Principal à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence pour la santé de mon enfant, incluant d'appeler urgence : 9 – 1 – 1. 																									
<ul style="list-style-type: none"> - I hereby authorize Academie Le Pas Principal 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 Academie Le Pas Principal 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																									
<ul style="list-style-type: none"> - Par la présente, j'autorise à l'Academie Le Pas Principal à administrer à mon enfant les médicaments suivants : - I hereby authorize Academie Le Pas Principal to administer the following to his/her child: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">YES/OUI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO/NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Acetaminophen / Acétaminophène</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>- Insect repellent / Produit Anti-Insecte</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>- Saline nose drops / Soluté Nasal</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>- Oral dehydration drops / Hydratant Voies Nasales</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>- Calamine lotion / Lotion de Calamine</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>- Zinc based rash cream / Crème Irréfléchie de Zinc</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>- Sunscreen / Lotion de Soleil</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>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.</p> <p>Si le parent exige à la garderie d'administrer une autre médication à l'enfant, il doit avoir le consentement du Parent aussi bien que le consentement écrit (une prescription) d'un docteur autorisé.</p>			YES/OUI	NO/NON	- Acetaminophen / Acétaminophène	_____	_____	- Insect repellent / Produit Anti-Insecte	_____	_____	- 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	_____	_____
	YES/OUI	NO/NON																							
- Acetaminophen / Acétaminophène	_____	_____																							
- Insect repellent / Produit Anti-Insecte	_____	_____																							
- 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	_____	_____																							

Si l'Academie Le Pas Principal n'obtient pas tous les permis requis par le Ministère de la Famille et Aînés, ce contrat sera nul et tous paiements versés à l'Académie Le Pas Principal seront remboursés aux parents. Le parent accepte que l'Académie Le Pas Principal ne pourra pas être poursuivi pour non pas avoir obtenu tous les permis requis par le *Ministère de la Famille et Aînés*,

Should Academie Le Pas Principal not obtain all necessary permits required by *the Ministère de la Famille et Aînés*, the present contract shall become null and void and all payments rendered to the Academy will be reimbursed to the parents. The parent hereby agrees that no recourse can be taken against Academie Le Pas Principal for not having obtained the necessary permits from *the Ministère de la Famille et Aînés*, seeing that it is not in their control.

SIGNATURE : _____

Montréal, le _____ / _____ / _____
 Jour / Mois / Année