



LE CLUB DE DEVOIRS
625 – 21^e rue Sud Lethbridge, Alberta
Téléphone de l'école: 403-320-2287
Téléphone après l'école: 403-330-4547

FICHE D'INSCRIPTION AU CLUB DE DEVOIRS 2017-2018

Nom de l'enfant	Date de Naissance (jj/mm/aaaa)
-----------------	--------------------------------

Sexe F M	Niveau scolaire :	Alberta Health Care #
---------------------------	-------------------	-----------------------

Coordonnées des parents ou tuteurs légal:		
Nom du Parent/Tuteur		
# de Téléphone Maison	# Cellulaire	# Travail
Adresse	Code Postal	Ville

Nom du Parent/Tuteur		
# de Téléphone Maison	# Cellulaire	# Travail
Adresse	Code Postal	Ville

Adresse courriel d'un parent pour les correspondances

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant au Club de Devoirs	
Nom :	Adresse :
Relation :	Téléphone :
Nom :	Adresse :
Relation :	Téléphone :

Personnes à contacter en cas d'urgence:		
Nom	Adresse	# de Téléphone
Nom :		Maison :
Relation :		Cellulaire :
		Alternative :
Nom :		Maison :
Relation :		Cellulaire :
		Alternative :

État de santé de l'enfant		
Nom du Médecin:	# de Téléphone:	
	Adresse:	
Problème de santé?	Allergies ou Intolérances?	Restrictions Diététiques

Consentement de traitement médical	
<input type="checkbox"/> Je donne la permission aux employés certifiés du Club de Devoirs à donner les premiers soins nécessaires à mon enfant.	
<input type="checkbox"/> Je n'autorise pas le personnel du Club de Devoirs à donner les premiers soins nécessaires à mon enfant.	
Signature du Parent	Date



LE CLUB DE DEVOIRS
625 – 21^e rue Sud Lethbridge, Alberta
Téléphone de l'école: 403-320-2287
Téléphone après l'école: 403-330-4547

CONTRAT D'ENTENTE ENTRE LES PARENTS ET LE CLUB DE DEVOIRS

Je comprends que les frais de service au Club de Devoirs seront payés le premier jour de chaque mois. Si mes frais ne sont pas payés le premier du mois, je dois prendre une entente auprès du Club de Devoirs avant le 5^e jour du mois pour éviter les frais supplémentaires. **Après le 5^e jour, un montant de 2\$ par jour sera facturé jusqu'à la réception de mon paiement au Club de Devoirs avant la fermeture (17h). Après le 15^e jour du mois, les frais seront doublés et vous devrez laisser des chèques postdatés. C'est-à-dire au lieu de \$2 par jour ça serait \$4 par jour après le 15 du mois.**

Initiales : _____

Je comprends que le Club de Devoirs ferme ses portes à 17h (5 :00 pm), et que tout retard de plus de 5 minutes sera facturé à la fin du mois courant, soit 1\$ la minute.

Initiales : _____

Je téléphonerai le Club de Devoirs **30 minutes en avance** quand je vais être en retard, et j'accepte de payer les frais encourus.

Initiales : _____

Je serai facturé(e) du surplus d'heures de mon contrat à la fin du mois. La facture sera envoyée le premier jour ouvrable du mois.

Initiales : _____

Je dois avertir le Club de Devoirs 15 jours avant la fin du mois en cours pour annuler le service du mois prochain, aucun remboursement n'est requis.

Je dois avertir le Club de Devoirs un mois à l'avance pour annuler un service

Initiales : _____

Je suis responsable de payer des frais des chèques sans fond.

Initiales : _____

Je suis responsable d'informer de tout changement dans le dossier de mon enfant au Club de Devoirs.

Initiales : _____

Je donne la permission à mon enfant de participer à une séance de photos avec ses copains du Club de Devoirs et, à l'occasion, par les journaux ou les organismes gouvernementaux.

Oui _____ Non _____

La photo de mon enfant peut être publiée par un organisme ou par Le Club de Devoirs.

Oui _____ Non _____

J'ai lu et compris le contenu du contrat et je m'engage à respecter toutes ces conditions mentionnées ci-haut.

Le nom de l'enfant _____

Signature du parent

Date



LE CLUB DE DEVOIRS
625 – 21^e rue Sud Lethbridge, Alberta
Téléphone de l'école: 403-320-2287
Téléphone après l'école: 403-330-4547

**Fiche de Consentement pour
L'Administration d'un Médicament**

Nom de l'enfant : _____

Nom du médicament : _____

La dose : _____

Durée du traitement: _____

La date d'expiration: _____

Instructions spéciales pour l'administration du médicament (ex : avec nourriture) :

1. J'autorise le personnel du Club de Devoirs de donner le médicament comme indiqué à mon enfant.
2. Je n'autorise pas le personnel du Club du Devoirs de donner le médicament comme indiqué à mon enfant.

Signature du parent ou tuteur : _____ Date : _____

Date	Nom du Médicament	Dose	Temps	Signature du Personnel