



CONTRAT DE FRÉQUENTATION

Entre : La Municipalité

Nom : Municipalité de Lyster pour «Service de garde de Lyster»		Courriel : info@lyster.ca
Adresse de correspondance : 2375 rue Bécancour, Lyster, Qc G0S 1V0		
Adresse du service : 3345 rue King, Lyster, Qc G0S 1V0		
Tél. : 819-389-5787	Fax : 819-389-5981	

Et : Le Parent

Nom :	Prénom :	Courriel (OBLIGATOIRE) :
Adresse :		
Tél. maison :	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 de naissance :
-------	----------	---------------------

Service de garde retenue par le Parent

Utilisateur régulier : indiquez les périodes de fréquentations désirées.

	Heure d'arrivée	Heure de départ	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Journées pédagogiques
Matin								
Après-midi								





SERVICE DE GARDE DE LYSTER

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

- Utilisateur occasionnel** : mon enfant fréquentera le service de garde au besoin et j'aviserai l'éducatrice au moins la veille avant 16h. Pour une fréquentation le lundi, l'éducatrice doit être avisée au plus tard le vendredi à 16h. **Je dois me procurer une carte prépayée par enfant au bureau municipal avant d'utiliser le service.**

Durée du contrat

Le contrat entre en vigueur le (*date de la première journée de fréquentation de l'Enfant*)

_____ et se termine le _____.

Signatures

Par la présente, je déclare avoir lu et compris le document «Règles de fonctionnement du service de garde de la Municipalité de Lyster et contrat de fréquentation 2017-2018» et qu'il fait partie intégrante du présent contrat.

Signature du parent

Lieu

Date

Signature de la municipalité

Lieu

Date



SERVICE DE GARDE DE
LYSTER

Formulaire de présence (pédagogique et relâche), un minimum de 10 inscriptions par jour est requis.

Veillez remplir le tableau suivant

Nom :	Prénom :	Courriel (OBLIGATOIRE) :
Adresse :		
Tél. maison :	Tél. travail :	Cell :
Nom de l'enfant :	Prénom de l'enfant :	Date de naissance : JJ / MM / AAAA / / 20
Nom de l'enfant :	Prénom de l'enfant :	Date de naissance : JJ / MM / AAAA / / 20
Prénom de l'enfant :	Prénom de l'enfant :	Date de naissance : JJ / MM / AAAA / / 20

Août 2018 (Lieu : Centre des loisirs Desjardins) :

Lundi 20 août Mardi 21 août Mercredi 22 août Jeudi 23 août

Vendredi 24 août : *aucun service offert

Lundi 27 août

Septembre 2018 :

Vendredi 14 septembre

Octobre 2018 :

Vendredi 5 octobre

Novembre 2018 :

Vendredi 2 novembre Vendredi 16 novembre

Décembre 2018 :

Vendredi 7 décembre





SERVICE DE GARDE – MUNICIPALITÉ DE LYSTER FICHE SANTÉ

**Vous devez nous retourner la fiche santé avec votre formulaire d'inscription.
S.V.P. remplir une fiche par enfant.**

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

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

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 :	
Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	
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. ALLERGIES

A-t-il des allergies?	
Fièvre des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Piqûres d'insectes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Animaux*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Médicaments*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Allergies alimentaires*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
*Préciser :	

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies?
Oui Non

À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le service de garde de la Municipalité de Lyster à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Signature du parent

5. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, noms des médicaments :	Posologie :
Les prend-il lui-même? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Préciser :

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

6. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES (UTILISEZ LES ÉNONCÉS APPLICABLES À VOTRE SITUATION)

Les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant.

Votre enfant sait-il nager seul?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il besoin de flotteurs, ballon dorsal, veste de flottaison?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, expliquer :	





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

7. AUTORISATION DES PARENTS

- Étant donné que le Service de garde de la Municipalité de Lyster prendra des photos et (ou) des vidéos au cours des activités de mon enfant durant l'été, je l'autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du Service de garde de la Municipalité de Lyster.
- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du service de garde, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.
- En signant la présente, j'autorise le Service de garde de la Municipalité de Lyster à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Service de garde de la Municipalité de Lyster le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- Je m'engage à collaborer avec la direction du Service de garde de la Municipalité de Lyster et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Nom et prénom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

____/____/_____
Date





DEMANDE D'AUTORISATION POUR L'UTILISATION DE PHOTOGRAPHIE

Dans le cadre des activités du service de garde, des photographies de groupe sont réalisées. Elles pourraient être placées dans diverses publications internes et externes ou sur le site internet de la municipalité. Aucun caractère lucratif n'y est associé. Nous sollicitons donc votre autorisation pour les utilisations des photographies. Nous vous remercions de votre collaboration.

TYPES D'UTILISATION

(Ceci est une description non limitative, donnée à titre d'indication seulement)

- 1) Pour la publication de photographies dans les médias d'information.
- 2) Pour la publication sur le site Internet de la Municipalité (www.lyster.ca) et le Facebook de la municipalité et du service de garde.
- 3) Pour la publication de photographies dans des documents à diffusion publique tels que le journal « Lyster vous informe », les dépliants d'information et de promotion du service de garde ou dans des documents personnels tels que bricolage, album souvenir.

Nom de l'enfant : _____

- J'AUTORISE que mon enfant soit photographié dans le cadre des activités du service de garde, les photos peuvent être utilisées selon les types d'utilisations décrites ci-dessus.
- JE REFUSE que mon enfant soit photographié dans le cadre des activités du service de garde.

Veillez prendre note qu'à défaut de nous indiquer votre choix ou de retourner celui-ci au service de garde, l'absence d'indication sera considérée comme étant une autorisation d'utiliser l'image de votre enfant pour les fins indiquées ci-dessus.

L'autorisation est valide et non limitée dans le temps pour les photographies réalisées au cours de l'année.

Par la présente, je déclare avoir lu et compris l'information.

Signature du parent ou tuteur

Date