École intermédiaire Minnekhada

École d'émerveillement- Fiche d'inscription 2017

(S'il-vous-plaît écrire lisiblement) * PLEASE FILL OUT IN ENGLISH*

NOM DE L'ÉCOLE DE L'ENFANT_____

NOM DE L'ENFANT _____ ÂGE_____ DATE DE NAISSANCE_____

_____NIVEAU 1-3 (PRIMAIRE) _____NIVEAU 4-5 (INTERMÉDIAIRE)

MEDECIN de famille _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE_____

NUMÉRO DE LA CARTE MÉDICALE_____

PARENT(S)/TUTEUR(S)_____

Adresse_____

Numéro de téléphone (maison) _____ (cellulaire)_____ (travail)_____

Courriel_____

Contact en cas d'urgence_____ Numéro de téléphone_____

Conditions médicales_____

S'il-vous-plaît placer mon enfant avec : nom de l'enfant_____

Mon (mes) enfant(s) sera (ont) ramassé (s) à 14 :45 par_____
(nom/ relation)

Mon (mes) enfant(s) a (ont) la permission de marcher à la maison : _____oui _____ non

☐ Je/nous suis/sommes d'accord à ce que notre (nos) enfant (s) suive (ent) toutes les directives et instructions appropriées qui seront données par l'École d'émerveillement et les moniteurs qui sont en connection avec les opérations du programme.

☐ Je/nous libère (ons) et pour toujours libère (ons) la Commission scolaire #43, SFU, le personnel de l'école et les moniteurs du programme, de toutes manières des actions, réclamations et demandes de toute nature qui résulteraient à une blessure accidentelle, dommages subis, qui seraient connectés avec la participation à l'École d'émerveillement, ou tout autre programme, service ou événement communautaires. En cas d'événement où notre (nos) enfant (s) serait (ent) blessé (s), malade (s) ou se trouverait (ent) en besoin immédiat d'assistance médicale et que je (nous) serais (ions) dans l'impossibilité d'être contacté (s), j' (nous) autorise (ons) le personnel de la Commission scolaire, les moniteurs ou les bénévoles d'obtenir de l'assistance médicale en mon (notre) nom.

J' (nous) autorise (ons) la Commission Scolaire #43 et le personnel du Programme de Formation Professionnelle de SFU, d'utiliser à leur discrétion, toute photo ou vidéo de notre (nos) enfant (s) qui sera prise lors de sa (leurs) participation à l'École d'émerveillement, ou tout autre programme, service ou événement communautaires, à des fins promotionnelles, éducatives ou informatives.

☐ **JE (NOUS) NE VEUX (VOULONS) PAS** que notre (nos) enfant(s) soit (ent) photographié (s) ou filmé (s).

RÈGLES DE COMPORTEMENT

S'il-vous-plaît, assurez-vous que votre enfant veuille participer au programme. Ce programme n'est pas conçu ni doté du personnel pour gérer des problèmes comportementaux. Il est donc dans l'intérêt de l'École d'émerveillement, si l'enfant ne peut être géré, que les parents soient contactés.

SIGNATURE DU PARENT/ TUTEUR_____ DATE_____