



Association Prématernelle Les Bouts d'Choux French Immersion Preschool Registration Form

Cher parent / tuteur,

Merci de votre intérêt pour Les Bouts d'Choux! Nous sommes impatients de vous accueillir, vous et votre enfant, dans notre communauté scolaire. Veuillez-vous assurer que vous avez bien rempli votre dossier d'inscription avant de le déposer, y compris vos frais d'inscription et les chèques de dépôt. Nous avons fourni une liste de contrôle pratique pour vous aider.

Avez-vous inclus les éléments suivants dans votre trousse d'inscription?

	50\$ frais d'inscription
	Frais de scolarité du premier mois
	400\$ cheque de dépôt non daté (levée de fonds)
	75\$ cheque de dépôt non daté (nettoyage)
	Chèques de scolarité OU préférence de paiement indiquée. Nous avons besoin les frais du premier mois avant le 1er septembre.
	Vous avez rempli toutes les pages du formulaire d'inscription, fourni le numéro de soins de santé de votre enfant et fourni toute information médicale pertinente? Si vous avez des questions ou des préoccupations, veuillez-nous en informer et nous serons heureux de vous aider à remplir le formulaire de votre enfant.
	Veillé à ce que vos coordonnées soient lisibles et claires
	Signé ou paraphé à tous les endroits indiqués

Si vous avez des questions ou des préoccupations, veuillez-nous en informer et nous serons heureux de vous aider à remplir le formulaire de votre enfant.

Merci de votre collaboration ! Ces étapes permettent à notre équipe d'inscription de se préparer facilement pour l'année prochaine et de s'assurer que tous les parents sont tenus au courant de toute nouvelle information au fur et à mesure que nous en apprenons. Nous avons hâte de voir les parents à notre assemblée générale annuelle et à notre réunion des parents de septembre.

Sincèrement,

Les Bouts d'Choux



Association Prématernelle Les Bouts d'Choux
French Immersion Preschool
Registration Form

POUR USAGE INTERNE SEULEMENT:	Type d'inscription : Actuel / Anciens / Nouveau	Numéro de chèques.:
	Chèques de scolarité terminés (juin est ½)	\$50 # _____
	Le paiement des frais de scolarité se fera : en ligne, par chèque, par virement électronique (encerclez une réponse)	\$75 # _____ \$400 # _____
		\$200 # _____ -# _____
		\$170 # _____ -# _____
Date Reçu: _____	Par: _____	Application Complète? Oui / Non

Nom de l'étudiant: _____

Classe: (svp encircler) L/M/V 4 ans: AM ou PM M/J 3 ans : AM

Date de fête: _____ Sexe de l'enfant: _____

Numéro de téléphone résidentiel : _____ Numéro de la carte santé de l'Alberta : _____

Adresse domiciliaire : _____

Adresse postale	Ville / Province	Code postale
-----------------	------------------	--------------

Nom du parent / tuteur : _____ Relation avec l'enfant: _____

Nom du parent / tuteur : Numéro de cell# _____ Numéro au travail: _____

Nom du parent / tuteur _____ Relation avec l'enfant: _____

Nom du parent / tuteur : Numéro de cell# _____ Numéro au travail: _____

Adresse courriel: _____ Accepter les messages texte? Oui / Non (veuillez encircler)

Est-ce que les deux parents/tuteurs habitant la même résidence? Oui ou Non (veuillez encircler)

Autre adresse de résidence (au complet) : _____

Docteur de l'enfant: Nom: _____ Téléphone: _____

Votre enfant a-t-il des conditions physiques dont nous devrions être informés ?

Veuillez indiquer si votre enfant a des allergies aux piqûres d'insectes, aux médicaments, à la nourriture, aux animaux, aux plantes, à la poussière, etc.
Expliquez brièvement la réaction de votre enfant face aux allergies.

Quelles contre-mesures doivent être prises en cas de réaction ?



Association Prématernelle Les Bouts d'Choux
French Immersion Preschool
Registration Form

Votre enfant suit-il un régime restreint ? S'il vous plaît, expliquez. (eg. pas de viande)

Votre enfant souffre-t-il d'asthme ? Oui / Non (veuillez encercler)

Utilisent-ils des inhalateurs (pompe) ? Si oui, veuillez en fournir un pour l'école. Oui / Non (veuillez encercler)

Votre enfant reçoit-il des médicaments de façon continue ? Oui / Non (veuillez encercler)

Dans l'affirmative, veuillez énumérer les noms et les raisons des médicaments.

Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic de trouble comportemental, cognitif ou autre affectant sa capacité à apprendre (par exemple, trouble déficitaire de l'attention (TDA), syndrome d'Asperger, dyslexie, autisme, etc.)? Veuillez fournir tous les documents pertinents à l'appui du diagnostic.

Besoins spéciaux (énumérer le cas échéant) : Oui / Non (veuillez encercler)

Parlez-vous Français à la maison ? Oui / Non (veuillez encercler)

Quelle langue est parlée à la maison ?

Votre enfant a-t-il participé à des activités organisées ? (École maternelle, centre de jour (garderie), groupes de jeu, école du dimanche, etc.) S'il vous plaît, expliquez:

Veuillez énumérer toutes les autres préoccupations que vous pourriez avoir concernant votre enfant (p. Ex. Craintes, croyances religieuses) et / ou restrictions de garde (utilisez une feuille séparée et joignez tous les documents pertinents à l'appui si nécessaire):



Association Prématernelle Les Bouts d'Choux
French Immersion Preschool
Registration Form

Si quelqu'un 'autre que le (s) parent (s) ayant la garde viendrait chercher ou déposer l'enfant, veuillez indiquer son (s) nom (s):

Avez-vous des talents ou des compétences particuliers que vous seriez prêt à partager avec les enfants?

Comment avez-vous entendu parler de notre école maternelle?_

Avez-vous fait examiner l'ouïe de votre enfant ? Oui / Non (veuillez encercler)

Avez-vous fait examiner les yeux de votre enfant ? Oui / Non (veuillez encercler la note : il s'agit d'un service gratuit de Alberta Health Services fourni par votre optométriste)

Immunisations à jour ? Oui / Non (veuillez encercler)

Demande de subvention (Subsidy) : Oui / Non (veuillez encercler)

Contact d'Urgence:

(Doit être quelqu'un d'autre que les parents / tuteurs résidant dans les limites de la ville d'Edmonton)

Nom: _____

Adresse complète: _____

Téléphone: _____ Cell # _____

Relation avec l'enfant: _____

Signature du Parent/ Tuteur

Date



**Association Prématernelle Les Bouts d'Choux
French Immersion Preschool
Registration Form**

ACCORD PARENTAL ET COMMUNICATION GÉNÉRALE
(veuillez compléter si nécessaire et initialiser dans toutes les cases)

J'accepte par la présente de respecter tous les règlements et politiques des Bouts d'Choux, y compris les suivants :

1. Je comprends qu'en plus de mes frais d'inscription non remboursables de 50,00 \$ et les frais de scolarité du premier mois, je fournirai un chèque non daté au montant de 75,00 \$ à retourner, lorsque j'aurai terminé ma (1) journée de nettoyage au cours de l'année préscolaire. Je fournirai également un chèque non daté de 400,00 \$ à me retourner lorsque j'aurai rempli les engagements de notre (1) grande levée de fonds (applicable les années de levée de fonds)

2. Il y a une exigence pour les parents / tuteurs d'un minimum de trois jours d'aide parent par trimestre pour le programme de trois ans et d'un minimum de quatre jours d'aide parent par trimestre pour le programme de quatre ans. Le non-respect de cet engagement entraînera mon enfant, _____, être retiré du programme et sa place sera offerte au prochain enfant sur la liste d'attente. Si vous n'êtes pas en mesure d'assister à être l'aide parent comme prévu, faire un échange avec un autre parent pour votre jour d'aide parent est acceptable. Sachez que les exigences peuvent être modifiées durant l'année où la politique du gouvernement ou de l'école l'interdit; c'est-à-dire pendant une pandémie. Cette information sera communiquée aux parents lors de l'AGA.

3. Pour les années sans casino, les parents peuvent être tenus de soutenir le préscolaire en participant à une activité de financement majeure à la discrétion du conseil exécutif des parents. Si je ne remplis pas mes exigences telles que décrites par le conseil, je comprends que mon chèque de financement de 400 \$ sera encaissé.

4. Les années du casino, un quart de travail de 8 heures à notre collecte de fonds est requise pour chaque enfant que j'ai inscrit au programme. Les casinos accordent à notre organisation une fois tous les deux ans l'opportunité de travailler au Casino. J'atteste que mon chèque de financement de 400 \$ sera encaissé si je ne respecte pas cet engagement.

5. Si l'un de mes chèques (frais de scolarité, inscription, dépôts, etc.) est retourné par mon institution financière pour quelque raison que ce soit, je reconnais que je suis responsable de frais supplémentaires de 30 \$ pour chaque chèque retourné, payés en argent comptant en plus du montant du chèque retourné, dû dans un délai d'une semaine à compter de ma notification.



Association Prématernelle Les Bouts d'Choux
French Immersion Preschool
Registration Form

6. Un préavis écrit d'un mois, soumis au plus tard le 1er du mois, à l'enseignant, est requis pour se retirer du préscolaire. Si je ne donne pas un préavis écrit d'un mois avant le 1er du mois, je perdrai les frais de scolarité d'un mois. Si un préavis de moins d'un mois est donné et si aucun remplaçant ne répond à mes exigences de collecte de fonds et de nettoyage, je renoncerai également à ces dépôts. Veuillez noter que le 1er août est la date limite de retrait pour récupérer votre chèque de scolarité de septembre.

7. Je comprends en outre que je dois fournir une collation saine à mon enfant chaque jour. Je respecterai également les directives alimentaires et les allergies décrites dans les bulletins mensuels. Si mon enfant est allergique à des aliments, j'en informerai le préscolaire et un avis sera envoyé dans le bulletin d'information pour que les parents / tuteurs ne l'apportent pas pour les collations régulières ou pour des événements spéciaux.

8. Je remets, libère et décharge à jamais Les Bouts d'Choux, son conseil d'administration, tous les enseignants et toute personne associée aux personnes nommées ci-dessus, leurs héritiers, exécuteurs testamentaires, administrateurs et ayants droit, de et de toutes sortes d'actions et d'actions, cause et causes d'action, poursuites, réclamations et demandes que ce soit en droit ou en équité que j'ai jamais eues ou que j'ai maintenant, ou que moi-même, ou nos héritiers, exécuteurs testamentaires, administrateurs ou ayants droit peuvent, aurons ou aurons raison question découlant de la fourniture de nourriture et de boissons à mon enfant.

Si l'une de ces politiques n'est pas respectée, je comprends que mon enfant sera invité à se retirer de l'école pré maternelle sans aucun remboursement.

Je déclare par la présente que les informations fournies dans ce formulaire sont vraies, exactes et complètes.

Signé le _____ jour de _____ 20_____.

Signature du parent / tuteur: _____

Signature du témoin: _____



**Association Prématernelle Les Bouts d'Choux
French Immersion Preschool
Registration Form**

AUTHORISATIONS

Permission d'urgence

En cas d'urgence, j'autorise le personnel enseignant à prendre toutes les mesures jugées nécessaires pour administrer les premiers soins d'urgence et / ou obtenir des soins médicaux pour mon enfant, _____.

J'accepte de couvrir le coût d'une ambulance si une ambulance est jugée nécessaire.

Signature du parent _____

Date : _____

Administration de médicaments

Veuillez parapher dans la case si cela ne s'applique pas

En cas d'urgence, j'autorise le personnel des Bouts d'Choux à administrer l'Epipen ou l'inhalateur qui a été prescrit à mon enfant. Les symptômes suivants doivent être présents avant que l'enfant ne reçoive l'injection ou l'inhalateur :

Epipen RX# _____

Dose: _____

Signature du parent: _____

Date: _____



Association Prématernelle Les Bouts d'Choux
French Immersion Preschool
Registration Form

Consentement pour les photos

- J'accorde la permission au personnel enseignant de prendre des photos de mon enfant, _____, et d'afficher ces photos (veuillez cocher tout ce qui s'applique).
- Dans la classe
- sur Facebook
- Sur notre site Internet
- Dans notre présentation de diaporama portes ouvertes
- Pour les boîtes à chaussures de Noël caritatives (photo de groupe sur une carte)
- Dans nos annuaires de classe imprimés et reliés (à imprimer et à distribuer uniquement aux camarades de classe)

Signature du parent / tuteur

Date

Politique de confidentialité

Les informations que vous fournissez sur ce formulaire d'inscription seront mises à la disposition du personnel enseignant et du conseil d'administration des Bouts d'Choux. Nous publions également une copie mise à jour de la liste des cours pour chaque classe, y compris le nom et le numéro de téléphone de votre enfant ainsi que votre (vos) prénom (s) et votre adresse courriel. Les parents trouvent que cette liste de classe les aide à apprendre les noms de chacun et à se réunir socialement, ainsi qu'à trouver un remplaçant s'ils ne peuvent pas assister à leur journée de travail. Si vous consentez à participer à la liste des cours, veuillez parapher la case ci-dessous.

Veuillez publier les coordonnées de ma famille sur la liste téléphonique de la classe