

## Formulaire d'inscription - Registration form

---



Êtes-vous membre? / Are you a member? :

- ☐ Oui / Yes
- ☐ Non / No

Numéro de membre/ Member number: \_\_\_\_\_

### Information sur l'enfant - Child information

Prénom et nom de l'enfant / First and last name :

\_\_\_\_\_

Âge de l'enfant / Age :

\_\_\_\_\_

Date de naissance / Date of birth :

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom de l'école que l'enfant fréquente / Name of child's school :

\_\_\_\_\_

Désirez-vous que ce soit à cette école que votre enfant fréquente le Relais? Dans le cas contraire veuillez indiquer l'école de votre choix / Would you like your child to attend Le Relais at this school? If not, please register the school you wish to attend:

- ☐ Oui / Yes
  - ☐ Non / No
- 

Est-ce que votre enfant prend de la médication, si oui veuillez spécifier / Is your child taking any medication, if so, please specify:

- ☐ Oui / Yes
  - ☐ Non / No
- 

Est-ce que l'enfant est dans le programme de l'enfance en difficulté (un à un) / Is your child in the one-on-one program?

- ☐ Oui / Yes
- ☐ Non / No

J'autorise le Centre culturel La Ronde Inc. à utiliser des photos de mon enfant à des fins publicitaires (site web et Facebook) / I authorize the Centre culturel La Ronde Inc. to use photos of my child for publicity purposes (website, Facebook/Facebook live):

- ☐ Oui / Yes
- ☐ Non / No

Votre enfant a-t-il des allergies ou problèmes de santé, si oui lesquels / Does your child have allergies or health problems, if so which ones? :

- ☐ Oui / Yes
  - ☐ Non / No
- 

**\*Si l'enfant souffre d'allergies anaphylactique, remplir le formulaire si-dessous.**

**If the child suffers from anaphylactic allergies, please fill out the form below.**

**(FRENCH)**  
**Annexe A : PLAN INDIVIDUEL ET PROCÉDURES D'URGENCE**  
**POUR UN ENFANT SOUFFRANT D'UNE ALLERGIE ANAPHYLACTIQUE**

**Nom de l'enfant :**

**Date de naissance de l'enfant (jj/mm/aaaa) :**

**Allergène(s) ou agent(s) susceptible(s) de provoquer un choc anaphylactique :**

**Asthme :** ☐ Oui (risque accru de réaction grave) ☐ Non

**Lieu d'entreposage des médicaments :**

**Marque de l'auto-injecteur d'épinéphrine :**

**Date d'expiration de l'auto-injecteur d'épinéphrine (jj/mm/aaaa) :**

**Autres médicaments d'urgence\* :**

**Numéro des services d'urgence :**

Photo de l'enfant  
(recommandé)

|                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SIGNES ET SYMPTÔMES D'UNE RÉACTION ANAPHYLACTIQUE NE CONSTITUANT PAS UN DANGER DE MORT PROPRES À L'ENFANT :</b><br><i>(propres à l'enfant, p. ex., respiration sifflante et démangeaisons cutanées)</i> | <b>SIGNES ET SYMPTÔMES D'UNE RÉACTION ANAPHYLACTIQUE CONSTITUANT UN DANGER DE MORT PROPRES À L'ENFANT :</b> <i>(propres à l'enfant, p. ex., incapacité de respirer, sueurs)</i> |
| <b>DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE À SUIVRE SI L'ENFANT PRÉSENTE UNE RÉACTION ANAPHYLACTIQUE NE CONSTITUANT PAS UN DANGER DE MORT :</b>                                                                        | <b>DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE À SUIVRE SI L'ENFANT PRÉSENTE UNE RÉACTION ANAPHYLACTIQUE CONSTITUANT UN DANGER DE MORT :</b>                                                    |
| <b>MESURES VISANT À RÉDUIRE LES RISQUES D'EXPOSITION AUX ALLERGÈNES OU AUX AGENTS SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER UN CHOC ANAPHYLACTIQUE :</b> <i>(p. ex., environnement sans noix)</i>                          |                                                                                                                                                                                 |
| <b>AUTRES NOTES (s'il y a lieu) :</b> <i>(p. ex., utilisation d'autres médicaments d'urgence contre les allergies pour mettre en œuvre les procédures d'urgence)</i>                                       |                                                                                                                                                                                 |

Directives spéciales :

- \* L'autorisation écrite parentale concernant l'administration de médicaments doit être remplie et doit s'appliquer aux médicaments autres que les auto-injecteurs d'épinéphrine.
- Chaque enfant atteint d'une allergie anaphylactique doit faire l'objet d'un plan individuel. S'il est nécessaire d'apporter des changements importants et des mises à jour à ce plan individuel, un nouveau plan individuel doit être élaboré.
- Les renseignements sur la santé des enfants doivent demeurer confidentiels.

**Déclaration parentale**

Je \_\_\_\_\_ (parent ou tuteur), accorde par la présente mon consentement à ce que mon enfant \_\_\_\_\_ (nom de l'enfant) (cocher toutes les cases applicables) :

- ☐ porte sur lui ses médicaments d'urgence contre l'allergie à l'endroit suivant (p. ex., sac banane bleu) :
- ☐ s'autoadministre son propre médicament en cas de réaction anaphylactique.

**ET (OU)**

Je \_\_\_\_\_ (parent ou tuteur), accorde par la présente mon consentement à ce que toute personne ayant reçu la formation relativement au présent plan dans le local de services de garde en milieu familial administre l'auto-injecteur d'épinéphrine et (ou) le médicament contre l'asthme à mon enfant et suive les procédures énoncées dans le plan individuel et les procédures d'urgence concernant l'anaphylaxie de mon enfant.

Initiales du parent ou du tuteur : \_\_\_\_\_

**PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE**

| Nom | Lien avec l'enfant | Numéro de téléphone principal | Autre numéro de téléphone |
|-----|--------------------|-------------------------------|---------------------------|
|     |                    |                               |                           |
|     |                    |                               |                           |

**COORDONNÉES DU PROFESSIONNEL DE SOINS DE SANTÉ : (facultatif)**

| Nom | Numéro de téléphone principal |
|-----|-------------------------------|
|     |                               |

**SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DE SOINS DE SANTÉ (facultatif)**

|   |                                            |
|---|--------------------------------------------|
| X | Date:<br>Cliquer ici pour saisir du texte. |
|---|--------------------------------------------|

**SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR (obligatoire)**

|                                  |                                                           |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Nom en caractères d'imprimerie : | Lien avec l'enfant :<br>Cliquer ici pour saisir du texte. |
| X                                | Date:<br>Cliquer ici pour saisir du texte.                |

**Directives spéciales :**

- \* L'autorisation écrite parentale concernant l'administration de médicaments doit être remplie et doit s'appliquer aux médicaments autres que les auto-injecteurs d'épinéphrine.
- Chaque enfant atteint d'une allergie anaphylactique doit faire l'objet d'un plan individuel. S'il est nécessaire d'apporter des changements importants et des mises à jour à ce plan individuel, un nouveau plan individuel doit être élaboré.
- Les renseignements sur la santé des enfants doivent demeurer confidentiels.

(ENGLISH)

**Appendix: INDIVIDUAL PLAN AND EMERGENCY PROCEDURES FOR A CHILD  
WITH AN ANAPHYLACTIC ALLEGY**

**Child's Name:**

**Child's Date of Birth (dd/mm/yyyy) :**

**Allergen(s) or substance(s) likely to cause an anaphylactic  
reaction :**

**Asthma:** ☐ Yes (increased risk of a severe reaction) ☐ No

**Location where medication is stored :**

**Epinephrine Auto-Injector Brand:**

**Epinephrine Auto-Injector Brand Expiry Date (dd/mm/yyyy) :**

**Other Emergency Medications :**

**Emergency Services Phone Number :**

Child's photo  
(recommended)

|                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CHILD'S NON-LIFE-THREATENING SIGNS AND SYMPTOMS OF AN ANAPHYLACTIC REACTION:</b><br><i>(Specific to the child, e.g., wheezing and itchy skin)</i>   | <b>CHILD'S LIFE-THREATENING SIGNS AND SYMPTOMS OF AN ANAPHYLACTIC REACTION:</b> <i>(Specific to the child, e.g., difficulty breathing, excessive sweating)</i> |
| <b>DESCRIPTION OF THE PROCEDURE TO FOLLOW IF THE CHILD EXPERIENCES A NON-LIFE-THREATENING ANAPHYLACTIC REACTION:</b>                                   | <b>DESCRIPTION OF THE PROCEDURE TO FOLLOW IF THE CHILD EXPERIENCES A LIFE-THREATENING ANAPHYLACTIC REACTION:</b>                                               |
| <b>MEASURES TO REDUCE THE RISK OF EXPOSURE TO ALLERGENS OR SUBSTANCES THAT MAY CAUSE AN ANAPHYLACTIC REACTION:</b> <i>(e.g., nut-free environment)</i> |                                                                                                                                                                |
| <b>OTHER NOTES (if applicable) :</b> <i>(e.g., use of other emergency allergy medications to implement emergency procedures)</i>                       |                                                                                                                                                                |

**Special Instructions:**

- \* Written parental authorization regarding the administration of medication must be completed and must apply to medications other than epinephrine auto-injectors.
- Each child with an anaphylactic allergy must have an individual plan. If significant changes or updates to this individual plan are required, a new individual plan must be created.
- Children's health information must remain confidential.

**Parent Declaration**

I, \_\_\_\_\_ (parent or guardian), hereby give my consent for my child, \_\_\_\_\_ (child's name) to (check all applicable boxes) :

☐ Carry their emergency allergy medication with them at the following location (e.g., blue fanny pack)

☐ Self-administer their own medication in the event of an anaphylactic reaction.

**AND / OR**

I, \_\_\_\_\_ (parent or guardian), hereby give my consent for any person who has received training regarding this plan in the licensed home child care setting to administer the epinephrine auto-injector and/or asthma medication to my child and to follow the procedures outlined in my child's Individual Plan and Emergency Procedures for Anaphylaxis.

Parent or Guardian Initials : \_\_\_\_\_

**EMERGENCY CONTACT PERSON**

| Name | Relationship to Child | Primary Phone Number | Alternate Phone Number |
|------|-----------------------|----------------------|------------------------|
|      |                       |                      |                        |
|      |                       |                      |                        |

**HEALTH CARE PROFESSIONAL CONTACT INFORMATION: (optional)**

| Name | Primary Phone Number |
|------|----------------------|
|      |                      |

**HEALTH CARE PROFESSIONAL SIGNATURE (optional)**

|   |       |
|---|-------|
| X | Date: |
|---|-------|

**PARENT OR GUARDIAN SIGNATURE (required)**

|               |                        |
|---------------|------------------------|
| Printed Name: | Relationship to Child: |
|               | .                      |
| X             | Date:                  |
|               | .                      |

**Special Instructions:**

- \* Written parental authorization regarding the administration of medication must be completed and must apply to medications other than epinephrine auto-injectors.
- Each child with an anaphylactic allergy must have an individual plan. If significant changes or updates to this individual plan are required, a new individual plan must be created.
- Children's health information must remain confidential.

## Informations sur le parent/tuteur - Parent's/guardian's information

Prénom et nom de la mère/ First and last name of mother:

---

Numéro de téléphone/ Phone number:

---

Adresse/ Address:

---

---

Adresse courriel/ E-mail address :

---

---

Prénom et nom du père/ First and last name of father:

---

Numéro de téléphone/ Phone number:

---

Adresse/ Address:

---

---

Adresse courriel/ E-mail address:

---

## Contact en cas d'urgence - In case of emergency

*\*Veuillez fournir les coordonnées d'une personnes-ressource en cas d'urgence qui n'est pas inscrite comme parent/tuteur. Cette personne pourra être contacté en cas d'urgence si les parents/tuteurs ne sont pas disponibles. / Please provide a separate emergency contact who is not listed as a parent/guardian. This person may be contacted in the event of an emergency when parents/guardians are unavailable..*

Prénom et nom/ First and last name:

---

Numéro de téléphone/ Phone number:

---

Lien avec l'enfant/ Relation with child:

---

---

## Personne autorisée à venir chercher votre enfant au Relais - Person authorized to pick up your child at the Relais

1. Nom/name : \_\_\_\_\_ lien /relation : \_\_\_\_\_

2. Nom/name : \_\_\_\_\_ lien /relation : \_\_\_\_\_

3. Nom/name : \_\_\_\_\_ lien /relation : \_\_\_\_\_



Il est de votre devoir de nous remettre les journées de présences de votre enfant pour l'ensemble du mois, au minimum une semaine à l'avance. Les frais de garde doivent être payé un minimum d'une semaine à l'avance, par périodes de deux semaines, avant que les services ne soient rendus. Une fois l'horaire soumis, aucun changement ne sera accepté / It is your responsibility to provide us with your child's attendance schedule for the entire month, at least one week in advance. Childcare fees must be paid at least one week in advance, in two-week payment periods, before services are provided. Once the schedule has been submitted, no changes will be accepted.

Inscrivez l'horaire de votre enfant/Please, fill out your child's schedule :

Nom/Name : \_\_\_\_\_

L'école/School : \_\_\_\_\_

| Septembre/September 2026 |                                        |                                        |                                        |                                        |                                        |         |
|--------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|---------|
| Dim/Sun                  | Lun/Mon                                | Mar/Tue                                | Mer/Wed                                | Jeu/Thu                                | Ven/Fri                                | Sam/Sat |
|                          | 31<br>PÉDAGOGIQUE<br>/ PD DAY          | 1<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 2<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 3<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 4<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 5       |
| 6                        | 7<br>FÉRIÉÉ /<br>STAT                  | 8<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 9<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 10<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 11<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 12      |
| 13                       | 14<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 15<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 16<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 17<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 18<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 19      |
| 20                       | 21<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 22<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 23<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 24<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 25<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 26      |
| 27                       | 28<br>PÉDAGOGIQUE<br>/ PD DAY          | 29<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 30<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ |                                        |                                        |         |

Date à laquelle vous remplissez ce formulaire/ Date you fill out this form : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Il est de votre devoir de nous remettre les journées de présences de votre enfant pour l'ensemble du mois, au minimum une semaine à l'avance. Les frais de garde doivent être payé un minimum d'une semaine à l'avance, par périodes de deux semaines, avant que les services ne soient rendus. Une fois l'horaire soumis, aucun changement ne sera accepté / It is your responsibility to provide us with your child's attendance schedule for the entire month, at least one week in advance. Childcare fees must be paid at least one week in advance, in two-week payment periods, before services are provided. Once the schedule has been submitted, no changes will be accepted.

Inscrivez l'horaire de votre enfant/Please, fill out your child's schedule :

Nom/Name : \_\_\_\_\_

L'école/School : \_\_\_\_\_

| Octobre/October 2026 |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |         |
|----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------|
| Dim/Sun              | Lun/Mon                             | Mar/Tue                             | Mer/Wed                             | Jeu/Thu                             | Ven/Fri                             | Sam/Sat |
|                      |                                     |                                     |                                     | 1<br>AM____<br>PM____<br>AM/PM____  | 2<br>AM____<br>PM____<br>AM/PM____  | 3       |
| 4                    | 5<br>AM____<br>PM____<br>AM/PM____  | 6<br>AM____<br>PM____<br>AM/PM____  | 7<br>AM____<br>PM____<br>AM/PM____  | 8<br>AM____<br>PM____<br>AM/PM____  | 9<br>AM____<br>PM____<br>AM/PM____  | 10      |
| 11                   | 12<br>FÉRIÉ / STAT                  | 13<br>AM____<br>PM____<br>AM/PM____ | 14<br>AM____<br>PM____<br>AM/PM____ | 15<br>AM____<br>PM____<br>AM/PM____ | 16<br>AM____<br>PM____<br>AM/PM____ | 17      |
| 18                   | 19<br>AM____<br>PM____<br>AM/PM____ | 20<br>AM____<br>PM____<br>AM/PM____ | 21<br>AM____<br>PM____<br>AM/PM____ | 22<br>AM____<br>PM____<br>AM/PM____ | 23<br>AM____<br>PM____<br>AM/PM____ | 24      |
| 25                   | 26<br>PÉDAGOGIQUE<br>/ PD DAY       | 27<br>AM____<br>PM____<br>AM/PM____ | 28<br>AM____<br>PM____<br>AM/PM____ | 29<br>AM____<br>PM____<br>AM/PM____ | 30<br>AM____<br>PM____<br>AM/PM____ | 31      |

Date à laquelle vous remplissez ce formulaire/ Date you fill out this form : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Il est de votre devoir de nous remettre les journées de présences de votre enfant pour l'ensemble du mois, au minimum une semaine à l'avance. Les frais de garde doivent être payé un minimum d'une semaine à l'avance, par périodes de deux semaines, avant que les services ne soient rendus. Une fois l'horaire soumis, aucun changement ne sera accepté / It is your responsibility to provide us with your child's attendance schedule for the entire month, at least one week in advance. Childcare fees must be paid at least one week in advance, in two-week payment periods, before services are provided. Once the schedule has been submitted, no changes will be accepted.

Inscrivez l'horaire de votre enfant/Please, fill out your child's schedule :

Nom/Name : \_\_\_\_\_

L'école/School : \_\_\_\_\_

| Novembre/November 2026 |                                        |                                        |                                        |                                        |                                        |         |
|------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|---------|
| Dim/Sun                | Lun/Mon                                | Mar/Tue                                | Mer/Wed                                | Jeu/Thu                                | Ven/Fri                                | Sam/Sat |
| 1                      | 2<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 3<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 4<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 5<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 6<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 7       |
| 8                      | 9<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 10<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 11<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 12<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 13<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 14      |
| 15                     | 16<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 17<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 18<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 19<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 20<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 21      |
| 22                     | 23<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 24<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 25<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 26<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 27<br>PÉDAGOGIQUE<br>/ PD DAY          | 28      |
| 29                     | 30<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ |                                        |                                        |                                        |                                        |         |

Date à laquelle vous remplissez ce formulaire/ Date you fill out this form : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Il est de votre devoir de nous remettre les journées de présences de votre enfant pour l'ensemble du mois, au minimum une semaine à l'avance. Les frais de garde doivent être payé un minimum d'une semaine à l'avance, par périodes de deux semaines, avant que les services ne soient rendus. Une fois l'horaire soumis, aucun changement ne sera accepté / It is your responsibility to provide us with your child's attendance schedule for the entire month, at least one week in advance. Childcare fees must be paid at least one week in advance, in two-week payment periods, before services are provided. Once the schedule has been submitted, no changes will be accepted.

Inscrivez l'horaire de votre enfant/Please, fill out your child's schedule :

Nom/Name : \_\_\_\_\_

L'école/School : \_\_\_\_\_

| Décembre/December 2026 |                                        |                                        |                                        |                                        |                                        |         |
|------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|---------|
| Dim/Sun                | Lun/Mon                                | Mar/Tue                                | Mer/Wed                                | Jeu/Thu                                | Ven/Fri                                | Sam/Sat |
|                        |                                        | 1<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 2<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 3<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 4<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 5       |
| 6                      | 7<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 8<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 9<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 10<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 11<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 12      |
| 13                     | 14<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 15<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 16<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 17<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 18<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 19      |
| 20                     | 21<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 22<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 23<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 24<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 25<br>FÉRIÉ /<br>STAT                  | 26      |
| 27                     | 28<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 29<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 30<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 31<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ |                                        |         |

Date à laquelle vous remplissez ce formulaire/ Date you fill out this form : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Il est de votre devoir de nous remettre les journées de présences de votre enfant pour l'ensemble du mois, au minimum une semaine à l'avance. Les frais de garde doivent être payé un minimum d'une semaine à l'avance, par périodes de deux semaines, avant que les services ne soient rendus. Une fois l'horaire soumis, aucun changement ne sera accepté / It is your responsibility to provide us with your child's attendance schedule for the entire month, at least one week in advance. Childcare fees must be paid at least one week in advance, in two-week payment periods, before services are provided. Once the schedule has been submitted, no changes will be accepted.

Inscrivez l'horaire de votre enfant/Please, fill out your child's schedule :

Nom/Name : \_\_\_\_\_

L'école/School : \_\_\_\_\_

| Janvier/January 2027 |                                        |                                        |                                        |                                        |                                        |         |
|----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|---------|
| Dim/Sun              | Lun/Mon                                | Mar/Tue                                | Mer/Wed                                | Jeu/Thu                                | Ven/Fri                                | Sam/Sat |
|                      |                                        |                                        |                                        |                                        | 1<br>FÉRIÉ / STAT                      | 2       |
| 3                    | 4<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 5<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 6<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 7<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 8<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 9       |
| 10                   | 11<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 12<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 13<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 14<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 15<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 16      |
| 17                   | 18<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 19<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 20<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 21<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 22<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 23      |
| 24                   | 25<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 26<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 27<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 28<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 29<br>PÉDAGOGIQUE<br>/ PD DAY          | 30      |
| 31                   |                                        |                                        |                                        |                                        |                                        |         |

Date à laquelle vous remplissez ce formulaire/ Date you fill out this form : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Il est de votre devoir de nous remettre les journées de présences de votre enfant pour l'ensemble du mois, au minimum une semaine à l'avance. Les frais de garde doivent être payé un minimum d'une semaine à l'avance, par périodes de deux semaines, avant que les services ne soient rendus. Une fois l'horaire soumis, aucun changement ne sera accepté / It is your responsibility to provide us with your child's attendance schedule for the entire month, at least one week in advance. Childcare fees must be paid at least one week in advance, in two-week payment periods, before services are provided. Once the schedule has been submitted, no changes will be accepted.

Inscrivez l'horaire de votre enfant/Please, fill out your child's schedule :

Nom/Name : \_\_\_\_\_

L'école/School : \_\_\_\_\_

| Février/February 2027 |                                        |                                        |                                        |                                        |                                        |         |
|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|---------|
| Dim/Sun               | Lun/Mon                                | Mar/Tue                                | Mer/Wed                                | Jeu/Thu                                | Ven/Fri                                | Sam/Sat |
|                       | 1<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 2<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 3<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 4<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 5<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 6       |
| 7                     | 8<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 9<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 10<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 11<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 12<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 13      |
| 14                    | 15<br>FÉRIÉ /<br>STAT                  | 16<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 17<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 18<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 19<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 20      |
| 21                    | 22<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 23<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 24<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 25<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 26<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 27      |
| 28                    |                                        |                                        |                                        |                                        |                                        |         |

Date à laquelle vous remplissez ce formulaire/ Date you fill out this form : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Il est de votre devoir de nous remettre les journées de présences de votre enfant pour l'ensemble du mois, au minimum une semaine à l'avance. Les frais de garde doivent être payé un minimum d'une semaine à l'avance, par périodes de deux semaines, avant que les services ne soient rendus. Une fois l'horaire soumis, aucun changement ne sera accepté / It is your responsibility to provide us with your child's attendance schedule for the entire month, at least one week in advance. Childcare fees must be paid at least one week in advance, in two-week payment periods, before services are provided. Once the schedule has been submitted, no changes will be accepted.

Inscrivez l'horaire de votre enfant/Please, fill out your child's schedule :

Nom/Name : \_\_\_\_\_

L'école/School : \_\_\_\_\_

| Mars/March 2027 |                                                     |                                        |                                        |                                        |                                        |         |
|-----------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|---------|
| Dim/Sun         | Lun/Mon                                             | Mar/Tue                                | Mer/Wed                                | Jeu/Thu                                | Ven/Fri                                | Sam/Sat |
|                 | 1<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____               | 2<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 3<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 4<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 5<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 6       |
| 7               | 8<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____               | 9<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 10<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 11<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 12<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 13      |
| 14              | 15<br>CROSIÈRE<br>DE MARS /<br>MARCH<br>BREAK ----- | 16<br>-----                            | 17<br>-----                            | 18<br>-----                            | 19<br>-----→                           | 20      |
| 21              | 22<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____              | 23<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 24<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 25<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 26<br>FÉRIÉ / STAT                     | 27      |
| 28              | 29<br>FÉRIÉ /<br>STAT                               | 30<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 31<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ |                                        |                                        |         |

Date à laquelle vous remplissez ce formulaire/ Date you fill out this form : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Il est de votre devoir de nous remettre les journées de présences de votre enfant pour l'ensemble du mois, au minimum une semaine à l'avance. Les frais de garde doivent être payé un minimum d'une semaine à l'avance, par périodes de deux semaines, avant que les services ne soient rendus. Une fois l'horaire soumis, aucun changement ne sera accepté / It is your responsibility to provide us with your child's attendance schedule for the entire month, at least one week in advance. Childcare fees must be paid at least one week in advance, in two-week payment periods, before services are provided. Once the schedule has been submitted, no changes will be accepted.

Inscrivez l'horaire de votre enfant/Please, fill out your child's schedule :

Nom/Name : \_\_\_\_\_

L'école/School : \_\_\_\_\_

| Avril /April 2027 |                                        |                                        |                                        |                                        |                                        |         |
|-------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|---------|
| Dim/Sun           | Lun/Mon                                | Mar/Tue                                | Mer/Wed                                | Jeu/Thu                                | Ven/Fri                                | Sam/Sat |
|                   |                                        |                                        |                                        | 1<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 2<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 3       |
| 4                 | 5<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 6<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 7<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 8<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 9<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 10      |
| 11                | 12<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 13<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 14<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 15<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 16<br>PÉDAGOGIQUE<br>/ PD DAY          | 17      |
| 18                | 19<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 20<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 21<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 22<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 23<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 24      |
| 25                | 26<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 27<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 28<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 29<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 30<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ |         |

Date à laquelle vous remplissez ce formulaire/ Date you fill out this form : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_



Il est de votre devoir de nous remettre les journées de présences de votre enfant pour l'ensemble du mois, au minimum une semaine à l'avance. Les frais de garde doivent être payé un minimum d'une semaine à l'avance, par périodes de deux semaines, avant que les services ne soient rendus. Une fois l'horaire soumis, aucun changement ne sera accepté / It is your responsibility to provide us with your child's attendance schedule for the entire month, at least one week in advance. Childcare fees must be paid at least one week in advance, in two-week payment periods, before services are provided. Once the schedule has been submitted, no changes will be accepted.

Inscrivez l'horaire de votre enfant/Please, fill out your child's schedule :

Nom/Name : \_\_\_\_\_

L'école/School : \_\_\_\_\_

| Mai/May 2027 |                                        |                                        |                                        |                                        |                                        |         |
|--------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|---------|
| Dim/Sun      | Lun/Mon                                | Mar/Tue                                | Mer/Wed                                | Jeu/Thu                                | Ven/Fri                                | Sam/Sat |
|              |                                        |                                        |                                        |                                        |                                        | 1       |
| 2            | 3<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 4<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 5<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 6<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 7<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 8       |
| 9            | 10<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 11<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 12<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 13<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 14<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 15      |
| 16           | 17<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 18<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 19<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 20<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 21<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 22      |
| 23           | 24<br>FÉRIÉ /<br>STAT                  | 25<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 26<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 27<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 28<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 29      |
| 30           | 31<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ |                                        |                                        |                                        |                                        |         |

Date à laquelle vous remplissez ce formulaire/ Date you fill out this form : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Il est de votre devoir de nous remettre les journées de présences de votre enfant pour l'ensemble du mois, au minimum une semaine à l'avance. Les frais de garde doivent être payé un minimum d'une semaine à l'avance, par périodes de deux semaines, avant que les services ne soient rendus. Une fois l'horaire soumis, aucun changement ne sera accepté / It is your responsibility to provide us with your child's attendance schedule for the entire month, at least one week in advance. Childcare fees must be paid at least one week in advance, in two-week payment periods, before services are provided. Once the schedule has been submitted, no changes will be accepted.

Inscrivez l'horaire de votre enfant/Please, fill out your child's schedule :

Nom/Name : \_\_\_\_\_

L'école/School : \_\_\_\_\_

| Juin/June 2027 |                                        |                                        |                                        |                                        |                                        |         |
|----------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|---------|
| Dim/Sun        | Lun/Mon                                | Mar/Tue                                | Mer/Wed                                | Jeu/Thu                                | Ven/Fri                                | Sam/Sat |
|                |                                        | 1<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 2<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 3<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 4<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 5       |
| 6              | 7<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 8<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 9<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____  | 10<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 11<br>PÉDAGOGIQUE<br>/ PD DAY          | 12      |
| 13             | 14<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 15<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 16<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 17<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 18<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 19      |
| 20             | 21<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 22<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 23<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 24<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 25<br>AM_____<br>PM_____<br>AM/PM_____ | 26      |
| 27             | 28<br>CAMP ÉTÉ<br>SOLEIL               | 29<br>CAMP ÉTÉ<br>SOLEIL               | 30<br>CAMP ÉTÉ<br>SOLEIL               |                                        |                                        |         |

Date à laquelle vous remplissez ce formulaire/ Date you fill out this form : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_



## CODE DE CONDUITE AU RELAIS/CODE OF CONDUCT AT RELAIS

- \_\_\_\_\_ Je ne menace personne par mes paroles et geste. Je ne ridiculise, intimide ou n'harcèle pas les autres/ I will not threaten people with my words and gesture. I will not ridicule, intimidate, or harass others
- \_\_\_\_\_ J'utilise un langage respectueux (pas de blasphèmes, paroles obscènes, mots dégradants) / I will use respectful language (no swearing, obscene words and degrading words)
- \_\_\_\_\_ Je respecte tout le personnel du Relais et les amis / I will respect all the staff of Relais and my friends
- \_\_\_\_\_ Je reste à l'intérieur des limites du terrain/ I will play within the schoolyard limits
- \_\_\_\_\_ Je joue amicalement/ I will play amicably
- \_\_\_\_\_ Je sais qu'il est interdit de jouer à des jeux agressifs (bousculer, frapper) / I will not play physically aggressive games (pushing, hitting)
- \_\_\_\_\_ Je ne commets aucun acte de vandalisme / I will not commit any acts of vandalism

Nous nous réservons le droit, si nous estimons que l'enfant ou le parent n'agit pas de façon appropriée, de ne plus accepter cet enfant au programme. We reserve the right, if we feel the child or parent is not acting in appropriate manner, to no longer accept the child at the program.

Après le troisième avertissement, l'enfant qui commet une ou plus des infractions énumérées ci-dessus peut être expulsé du Relais pour le restant de l'année. / After 3 written warnings, a child that commits one or more infraction enumerated in this paragraph can be expelled from the Relais for the remaining of the school year.

J'ai pris connaissance de règles du code de conduite/ I have read the rules of conduct.

Je m'engage à assumer les conséquences liées à mon comportement/ I agree to assume the consequences related to my behavior.

\_\_\_\_\_  
Nom de l'enfant / Name of the child

\_\_\_\_\_  
Nom du parent/ Parents name

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

## Formulaire de consentement - Consent form

J'ai inscrit toutes les informations nécessaires concernant mon enfant/ I have entered all the necessary information about my child :

- ☐ Oui / Yes
- ☐ Non / No

J'accepte d'être facturé pour la/les journée(s) que j'ai réservé pour mon enfant qu'il soit présent ou non/ I accept to be billed for the day that I have reserved on my child schedule wheter my child is present or not:

- ☐ Oui / Yes
- ☐ Non / No

J'accepte d'être facturé 1\$ la minute le/la mortice si j'utilise le service en dehors des heures régulières, 6h30 à 8h30 le matin et de 15h à 18h le soir/ I agree to pay the monitor \$1 per minute, if I use the service outside regular hours, 6:30a.m. to 8:30am and from 3 p.m to 6 p.m.:

- ☐ Oui / Yes
- ☐ Non / No

J'accepte et lu tous les documents ci-dessous/ I accept and read all the documents below :

- Politique pour les horaires / Policies for schedule and sick day
- Frais, paiement, rais de retard/ Fee, payment, late fees
- Politques et procédures/ Policies and procedures
- Code de conduit (formulaire à retourner)/ Code of Conduct (form to be returned)
- Consentement des parents/ Parental consent

- ☐ Oui / Yes
- ☐ Non / No

Je ne poursuivrai en aucun cas le Centre culturel La Ronde puisque j'affirme avoir entièrement pris connaissance de la trousse Le Relais, tels que les informations et les politiques/ I will not sue the Centre culturel La Ronde under any circumstances since I claim to have taken full knowledge of the Le Relais kit such as information and policies :

- ☐ Oui / Yes
- ☐ Non / No

## Formulaire d'autorisation de prélèvement de fond - Authorization to Withdraw Funds Form

En remplissant ce formulaire, vous acceptez que nous utilisons votre carte de crédit pour payer les frais de garde liés au Relais uniquement/ By filling out this form, you agree that we may use your credit card to daycare fees related to the Relais only.

J'autorise le Centre culturel La Ronde à utiliser ma carte de crédit afin de payer ma facture du Relais seulement. Chaque deux semaines. Je m'engage également à avoir les fonds suffisants sur ma carte pour ne manquer aucun paiement/ I authorize the Centre culturel La Ronde to use my credit card to pay my Relais bill only. Every two weeks. I also agree to have sufficient funds on my card to ensure that I do not miss any payments.

- ☐ Oui / Yes
- ☐ Non / No

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Numéro de la carte/Card number     |  |
| Date d'expiration/ Expiration date |  |
| Code de sécurité/Security code     |  |

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_