



Jardin d'enfant Centre du Sablon Educational Preschool 2018-2019

CHOIX DE CLASSE ET JOUR / CLASS AND DAY CHOICE

GROUPE D'ÂGE / AGE GROUP	<input type="checkbox"/> 2 ANS / 2 YRS OLD	<input type="checkbox"/> 3 ANS / 3 YRS OLD	<input type="checkbox"/> 4 ANS / 4 YRS OLD SEULEMENT L'OPTION 5 JOURS DISPONIBLE / ONLY 5 DAYS OPTION
---------------------------------	--	--	---

TARIFICATION MENSUELLE (10 MOIS) (PAIEMENT : SÉPTEMBRE 2018 À JUIN 2019 inclusif) MONTHLY BILLING (10 MONTHS) (PAYMENT : SEPTEMBER 2018 TO JUNE 2019 inclusive)

<input type="checkbox"/> 3 JOURS/DAYS \$3441 montant annuel/annual fee \$344,10 par mois/per month - 10 mois/months \$31 par journée/per day - 111 jours/days (MARDI /MERCREDI /JEUDI) (TUESDAY / WEDNESDAY / THURSDAY)	<input type="checkbox"/> 5 JOURS/DAYS \$4706 montant annuel/annual fee \$470,60 par mois/per month - 10 mois/months \$26 par journée/per day - 181 jours/days (LUNDI - VENDREDI) (MONDAY - FRIDAY)
--	---

NOM DE PARENT PAYEUR (NOM, PRÉNOM) PAYER'S NAME (LAST NAME, FIRST NAME)	NUMÉRO ASSURANCE SOCIALE SOCIAL INSURANCE NUMBER
--	---

UN SEUL REÇU PAR PARENT PAYEUR (RL 24) / ONLY FOR PAYING PARENT FOR TAX RECIEPTS (RL 24)	NAS OBLIGATOIRE DIRECTIVES DU MINISTÈRE REVENU SIN OBLIGATORY BY THE MINISTÈRE DU REVENU
--	---

ADRESSE COURRIEL
E-MAIL ADDRESS

IMPORTANT ! L'ADRESSE COURRIEL SERVIRA POUR L'ENVOI DES RELEVÉ 24, RAPPELS, FORMS, DE L'ÉTAT DE COMPTE ET DE DOCUMENTS D'INFORMATION.
IMPORTANT! E-MAIL ADDRESS WILL BE USED TO SEND OUT RELEVÉ 24, REMINDERS, FORMS, OUTSTANDING BALANCES AND IMPORTANT DOCUMENTS.

INFORMATIONS SUR L'ENFANT / CHILD'S INFORMATION

NOM LAST NAME	PRÉNOM FIRST NAME
------------------	----------------------

DATE DE NAISSANCE / DATE OF BIRTH: YYYY / MM / DD	SEXE / SEX: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
--	---

MÉDICARE#	EXP : YYYY / MM	LANGUE PRIÈMÈRE PRIMARY LANGAUAGE
-----------	-----------------	--------------------------------------

ADRESSE ADDRESS	VILLE CITY	CODE POSTAL POSTAL CODE
--------------------	---------------	----------------------------

BESOIN SPÉCIAUX SPECIAL NEEDS	EST-CE QUE VOTRE ENFANT PORTE DES COUCHES ? DOES YOUR CHILD WEAR DIAPERS? <input type="checkbox"/> OUI/YES <input type="checkbox"/> NON/NO
----------------------------------	---

ALLERGIES:	EPIPEN : <input type="checkbox"/> OUI/YES <input type="checkbox"/> NON/NON
------------	--

J'AUTORISE MON ENFANT / I ALLOW MY CHILD

	OUI/YES	NON/NO		OUI/YES	NON/NO
Dans la piscine / In the pool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D'appliquer la crème solaire / To apply sunscreen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'être pris en photo pour la promotion sur les medias sociaux / To have their picture taken for promotional use on social media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En cas d'urgences de prendre les mesures necessaries pour assurer la santé de mon enfant / In case of an emergency that my child, may be give first aid / emergency treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D' être pris en photo ou filmer (usage interne)/ To have their picture taken or filmed (internal use)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De participer aux sorties reliées aux activités du Sablon (parc) / To go on outings associated with Centre du Sablon (park)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMATIONS SUR LA FAMILLE / FAMILY INFORMATION

NOME DU PARENT (NOM, PRÉNOM) PARENT'S NAME (LAST NAME, FIRST NAME)	TÉLÉPHONE #1	TÉLÉPHONE #2	AUTORISATION DE CHERCHER L'ENFANT ALLOWED TO PICK UP CHILD
PÈRE FATHER			<input type="checkbox"/> OUI/YES <input type="checkbox"/> NON/NO
MÈRE MOTHER			<input type="checkbox"/> OUI/YES <input type="checkbox"/> NON/NO

AUTRES PERSONNES CONTACTS / OTHER CONTACT INDIVIDUALS

NOM NAME	LIEN D'ENFANT RELATIONSHIP TO CHILD	TÉLÉPHONE #	AUTORISATION DE VENIR CHERCHER L'ENFANT / ALLOWED TO PICK UP CHILD
1.			<input type="checkbox"/> OUI/YES <input type="checkbox"/> NON/NO
2.			<input type="checkbox"/> OUI/YES <input type="checkbox"/> NON/NO
3.			<input type="checkbox"/> OUI/YES <input type="checkbox"/> NON/NO

SIGNATURE DE PARENT
PARENT'S SIGNATURE

DATE

SIGNATURE DE LA COORDONATRICE
COORDINATOR'S SIGNATURE

DATE



PRÉLÈVEMENTS PRÉAUTORISÉS PAR CARTE DE CRÉDIT

PREAUTHORIZED PAYMENTS BY CREDIT CARD

J'autorise, par la présente, La Corporation du Centre du Sablon à prélever, sur ma carte de crédit, les montants cochés ci-dessous à la date indiquée :

By the present, I authorize, La Corporation du Centre du Sablon to take from my credit card on the date indicated below the amounts checked below :

JARDIN D'ENFANT CENTRE DU SABLON PRESCHOOL

10 septembre 2018 / September 10th 2018

Montant / Amount: \$344,10 : \$470,60

1^{er} février 2019 / February 1st 2019

Montant / Amount: \$344,10 : \$470,60

1^{er} octobre 2018 / October 1st 2018

Montant / Amount: \$344,10 : \$470,60

1^{er} mars 2019 / March 1st 2019

Montant / Amount: \$344,10 : \$470,60

1^{er} novembre 2018 / November 1st 2018

Montant / Amount: \$344,10 : \$470,60

1^{er} avril 2019 / April 1st 2019

Montant / Amount: \$344,10 : \$470,60

1^{er} décembre 2018 / December 1st 2018

Montant / Amount: \$344,10 : \$470,60

1^{er} mai 2019 / May 1st 2019

Montant / Amount: \$344,10 : \$470,60

1^{er} janvier 2019 / January 1st 2019

Montant / Amount: \$344,10 : \$470,60

1^{er} juin 2019 / June 1st 2019

Montant / Amount: \$344,10 : \$470,60

Et j'utilise ma carte de crédit : Visa MasterCard
I will use the following credit card:

Numéro de la carte : _____
Card number:

Date d'expiration : _____
Expiration date:

1. Nom de l'enfant / Child's name : _____

2. Nom de l'enfant / Child's name : _____

CETTE AUTORISATION PEUT ÊTRE ANNULÉE À N'IMPORTE QUEL MOMENT sur signification d'un avis de ma part à la Corporation du Centre du Sablon dans les 10 jours précédent la date d'échéance du prochain prélèvement.

THIS AUTHORISATION MAY BE CANCELLED AT ANY TIME with a warning on my behalf at the Centre du Sablon within the 10 days preceding the deadline of the next payment.

Je m'engage à informer la Corporation du Centre du Sablon de tout changement aux renseignements sur le compte qui vous est communiqué dans la présente autorisation avant la prochaine date d'échéance de prélèvement.

I will inform Centre du Sablon of all changes regarding my account that is given to you in the present authorisation before the deadline of the next payment.

IDENTIFICATION DU PAYEUR / IDENTIFICATION OF PAYER (en lettres moulées)

Nom/Last name: _____ Prénom/First name: _____

Adresse/Address: _____ Ville/City: _____

Code postal/Postal code: _____ Téléphone/Phone number: () _____

Signature: _____ Date: _____