



# Jardin d'enfant Centre du Sablon Educational Preschool 2017-2018

## CHOIX DE CLASSE ET JOUR / CLASS AND DAY CHOICE

<b>GROUPE D'ÂGE / AGE GROUP</b>	<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 2017 À JUIN 2018 inclusif) MONTHLY BILLING (10 MONTHS) (PAYMENT : SEPTEMBER 2017 TO JUNE 2018 inclusive)

<input type="checkbox"/> 3 JOURS/DAYS \$3420 montant annuel/annual fee \$342 par mois/per month - 10 mois/months \$30 par journée/per day - 114 jours/days (MARDI /MERCREDI /JEUDI) (TUESDAY / WEDNESDAY / THURSDAY)	<input type="checkbox"/> 5 JOURS/DAYS \$4650 montant annuel/annual fee \$465 par mois/per month - 10 mois/months \$25 par journée/per day - 186 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

1<sup>er</sup> septembre 2017 / September 1<sup>st</sup> 2017

Montant / Amount: \$342 : \$465

1<sup>er</sup> février 2018 / February 1<sup>st</sup> 2018

Montant / Amount: \$342 : \$465

1<sup>er</sup> octobre 2017 / October 1<sup>st</sup> 2017

Montant / Amount: \$342 : \$465

1<sup>er</sup> mars 2018 / March 1<sup>st</sup> 2018

Montant / Amount: \$342 : \$465

1<sup>er</sup> novembre 2017 / November 1<sup>st</sup> 2017

Montant / Amount: \$342 : \$465

1<sup>er</sup> avril 2018 / April 1<sup>st</sup> 2018

Montant / Amount: \$342 : \$465

1<sup>er</sup> décembre 2017 / December 1<sup>st</sup> 2017

Montant / Amount: \$342 : \$465

1<sup>er</sup> mai 2018 / May 1<sup>st</sup> 2018

Montant / Amount: \$342 : \$465

1<sup>er</sup> janvier 2018 / January 1<sup>st</sup> 2018

Montant / Amount: \$342 : \$465

1<sup>er</sup> juin 2018 / June 1<sup>st</sup> 2018

Montant / Amount: \$342 : \$465

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 AUTORISATION 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)

M. /Mr.  Mme/Mrs

Nom/Last name: \_\_\_\_\_ Prénom/First name: \_\_\_\_\_

Adresse/Address: \_\_\_\_\_ Ville/City: \_\_\_\_\_

Code postal/Postal code: \_\_\_\_\_ Téléphone/Phone number: (        ) \_\_\_\_\_

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