



La prématernelle
Les petits pieds

1165 Ravenswood Drive SE, Airdrie, Alberta, T4A 0H3
Adresse postale / Postal address: B.P.10171, Airdrie, Alberta, T4A 0H5
Téléphone / Phone : (587) 227-2439
Courriel / Email : registration@lespetitspieds.ca
www.lespetitspieds.ca

**TROUSSE D'INSCRIPTION PRÉMATERNELLE
REGISTRATION PACKAGE
2019-2020**

Réservé à l'administration / Reserved to administration

- Formulaire inscription complet / Registration package completed.
- Certificat de naissance / Copy of birth certificate
- Paiement des frais d'admission / Admission fees

Groupe / Group: _____

**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX POUR L'ÉLÈVE ET LA FAMILLE
STUDENT AND FAMILY GENERAL INFORMATION**

Veillez écrire en lettres moulées / Please print clearly

Nom de l'enfant / Child's name : _____	
Nom de famille / Last name : _____	Prénom / First name : _____
Date de naissance / Date of birth: _____ jj/mm/aaaa / yyyy/mm/dd	<input type="checkbox"/> Garçon/Boy <input type="checkbox"/> Fille/Girl

Parents	
Mère/Mother	Père/Father
Nom / Last name: _____	Nom / Last name : _____
Prénom / First name: _____	Prénom / First name : _____
Langues parlées / languages spoken: _____	Langues parlées / languages spoken: _____
Adresse / Address: _____ _____	Adresse / Address: _____ _____
Code postal:/ Postal code: _____	Code postal / Postal code: _____
Tél. maison / Home phone: _____	Tél. maison / Home phone: _____
Cellulaire / Cell: _____	Cellulaire / Cell: _____
Tél. travail / Work phone: _____	Tél. travail / Work phone: _____
Courriel / E-mail : _____	Courriel / E-mail : _____



Tuteur / Guardian	
Nom / Last name : _____	Tél. maison / Home phone: _____
Prénom / First name: _____	Tél. travail / Work phone: _____
Langues parlées / languages spoken: _____	Cellulaire / Cell: _____
Adresse / Address: _____	Courriel / E-mail : _____

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE / EMERGENCY CONTACTS

Personne à contacter en cas d'urgence et qui ont l'autorisation de venir chercher votre enfant (autres que les parents et qui doivent avoir 18 ans) / Emergency contacts who have authorization to pick up your child (Other than parents. Must be 18 years old)

Nom / Name: _____	Nom / Name: _____
Relation / Relationship : _____	Relation / Relationship: _____
Tél. domicile / Home phone: _____	Tél. domicile / Home phone: _____
Tél. travail / Work phone: _____	Tél. travail / Work phone: _____
Cellulaire / Cell: _____	Cellulaire / Cell: _____
Adresse / Address: _____	Adresse / Address: _____



La prématernelle
Les petits pieds

ADMISSIBILITÉ À L'ÉDUCATION FRANCOPHONE / CRITERIAS OF ELIGIBILITY REGARDING FRANCOPHONE EDUCATION

L'article 23 de la Charte canadienne des droits et libertés définit les critères d'admissibilité à l'éducation francophone en milieu minoritaire au Canada. / Article 23 of the Canadian Charter of Rights and Freedom stipulates the criterias of eligibility to Francophone Education in minority context in Canada.

Veillez cocher tous les critères qui s'appliquent à vous. / Please check all the criterias that apply to you.

Le français est la langue maternelle, encore comprise, de l'un ou l'autre des parents / French is the first language, still understood, of one or the other parent.

- Oui/Yes
- Non/No

Un des parents a reçu son instruction en français au Canada / One of the parents received instruction in French in Canada.

- Oui/Yes
- Non/No

Un des frères/sœurs reçoit ou a reçu son instruction en français au Canada / One of the siblings receives or received instruction in French in Canada.

- Oui/Yes
- Non/No

Nom des frères et soeurs (le cas échéant) / Siblings:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX / MEDICAL INFORMATION

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie ou d'une allergie quelconque? / Does your child have any medical condition or any allergy?

- Oui / Yes
 Non / No

Si oui, veuillez décrire les réactions de l'enfant face à cette maladie ou allergie / If yes, please describe any reaction that may result from this medical conditions or allergy.

Votre enfant requiert-il un support additionnel? / Does your child require any additional support?

- Oui / Yes
 Non / No

Si oui, veuillez préciser / If yes, please explain.

Votre enfant prend-t-il des médicaments de façon régulière?

Si oui, veuillez compléter le formulaire d'administration de médicaments disponible sur notre site Internet. / Does your child take medication? If so, complete the medication administration form available on our website.

- Oui / Yes
 Non / No

Numéro de la carte d'assurance maladie / Alberta Health Card Number :

Nom du médecin traitant / Doctor's name :

Numéro de téléphone / Phone number :

CHOIX DU PROGRAMME / PROGRAM CHOICE

3 ans (avant le 1^{er} janvier) 3 years old (before January 1st)	4 ans (avant le 1^{er} janvier) 4 years old (before January 1st)
Mardi et Jeudi Tuesday & Thursday 2 jours/semaine / 2 days/week	Lundi, Mercredi et Vendredi Monday, Wednesday & Friday 3 jours/semaine / 3 days/week
135,00\$/mois / month	195,00\$/mois / month
<input type="checkbox"/> Avant-midi / Morning (8h 45 – 11h 15)	<input type="checkbox"/> Avant-midi / Morning (8h 45 – 11h 15)
<input type="checkbox"/> Après-midi / Afternoon (12h 15 – 14h 45)	<input type="checkbox"/> Après-midi / Afternoon (12h15 – 14h45)

FRAIS DU PROGRAMME

Frais d'admission / Admission fee 50,00\$	Montant payable au moment de l'admission au programme de la prématernelle. Ces frais sont non-remboursables . / Collected at time of registration. Fee is non-refundable .
Frais mensuels 135,00\$ ou 195,00\$	Montant payable à chaque mois. Les frais mensuels sont payables en argent comptant, par chèque ou par prélèvement automatique. Veuillez remplir le formulaire d'autorisation de paiements pré-autorisés en annexe si vous désirez vous prévaloir de ce mode de paiement. / Collected once a month. Cash, cheques or pre-authorized payments accepted. Please provide a void cheque and payor's PAD agreement at time of registration.
Frais de collecte de fonds 125,00\$	Montant payable sous forme de dépôt au moment de l'admission au programme de la prématernelle. Ce montant annuel est prélevé seulement si le parent ne participe pas aux activités de financement annuelles de la prématernelle . Le cas échéant, le dépôt ne sera pas remboursable au 1^{er} juin de l'année scolaire . / Cheque collected as a deposit at time of registration. The cheque must be postdated for June 1st of the incumbent school year. This cheque will only be processed if the parents DO NOT participate in the preschool's fundraising activities.

***Tous les chèques doivent être libellés au nom de La Prématernelle Les Petits Pieds.
 All cheques are payable to La Prématernelle Les Petits Pieds.***

CONSENTEMENT / ACCEPTANCE

J'accepte que des photos soient prises de mon enfant dans le cadre d'activités scolaires et qu'elles paraissent dans les réseaux sociaux (Site Internet / Facebook) de la prématernelle / I hereby authorize that pictures of my child be taken and may be published on the preschool's social media and website.

- Oui / Yes
 Non / No

J'autorise les éducateurs à faire une promenade à pied avec mon enfant autour de l'école et dans les sentiers avoisinant ainsi que les parcs municipaux / I hereby authorize educators to walk with my child around the school, in the pathways and parks in the school's immediate neighbourhood.

- Oui / Yes
 Non / No

J'autorise les éducateurs à aider mon enfant aux toilettes. / I hereby authorize the educators to assist my child in the washroom.

- Oui / Yes
 Non / No

Je comprend que les communications de la prématernelle seront en français. / I understand that all the communication between the preschool and parents will be in French.

- Oui / Yes
 Non / No

J'autorise la prématernelle Les Petits Pieds à communiquer avec moi par courriel. / I authorize prématernelle Les Petits Pieds to communicate with me by email.

- Oui / Yes
 Non / No

Courriel / email : _____

En cas d'urgence, mon enfant peut avoir besoin de traitement médical. Si une urgence survenait, tout effort raisonnable sera fait pour me joindre. Si cela s'avère impossible, je donne l'autorisation de procéder à un traitement médical pour mon enfant. Je comprends que je devrai assumer toute dépense encourue pour le traitement médical stipulé ci-haut. Le personnel éducateur peut également prendre toutes les autres décisions nécessaires pour le soin et la protection de mon enfant pendant n'importe quelle activité de la prématernelle Les Petits Pieds.

In case of an emergency, my child may need medical treatment. If an emergency occurs, every reasonable effort will be made to contact me. If I cannot be reached, I consent to emergency medical treatment of my child. I understand that and agree that any expense incurred for emergency medical treatment under this section will be under my responsibility. The educators may also make any other decision for the care and protection of my child during any activity of Prématernelle Les petits pieds.

- Oui / Yes
 Non / No

GUIDE À L'INTENTION DES PARENTS / PARENTS' HANDBOOK

En inscrivant votre enfant, vous recevez un Guide à l'intention des parents, disponible sur notre site au www.lespetitspieds.ca, sous l'onglet **RESSOURCES - Guide à l'intention des parents**. / When your register your child, you will be provided with a hard copy of our Parent's Handbook, also available on our website at www.lespetitspieds.ca, under the RESOURCES - Parent Handbook.

Ce guide contient de l'information sur / This handbook will provide you all the information on

- ❖ Notre vision et notre mission / Our vision and mission;
- ❖ Nos heures d'opération / Our hours of operation;
- ❖ Nos procédures d'admission et de sortie / Our sign-in and sign-out procedures;
- ❖ Notre politique en cas de retard / Our lateness policy;
- ❖ Notre politique de remboursement et de gestion des défauts de paiement / Our reimbursement and non-sufficient fund (NSF) policy;
- ❖ Notre politique en matière de maladie (Personnel / Enfants) / Our illness policy (Staff / Children);
- ❖ Notre politique d'administration de médicaments et en cas d'accident / Our medicine administration and accident policy;
- ❖ Fournitures scolaires requises et non-permises / Required and prohibited school furnitures;
- ❖ Notre politique en matière de discipline / Our discipline policy;
- ❖ Notre code de conduite / Our Code of conduct

Je confirme avoir reçu l'information ci-haut, avoir lu le Guide à l'intention des parents et accepte de me conformer aux politiques et procédures mises en place à la prématernelle Les petits pieds. / I acknowledge being given the information above, having read the Parent Handbook and agree to conform to the policies and procedures of Prématernelle Les petits pieds.

LISTE DE VÉRIFICATION / CHECKLIST

Veillez fournir tous les documents suivants afin de compléter l'inscription de votre enfant. / Please include all the required documents listed below when submitting registration for your child.

Un courriel de confirmation vous sera envoyé une fois que le dossier de votre enfant sera complet. / A confirmation email will be send to you once your child's file is complete.

- Trousse d'inscription dûment remplie / Registration package completed.
- Copie du certificat de naissance de l'enfant / Copy of birth certificate
- Paiement par chèque (Check Payment)** : Chèques postdatés pour les frais mensuels / Monthly post-dated cheques for monthly program fees
- Paiement préautorisé (Pre-authorized payment)**: Formulaire de paiement préautorisé rempli + Un chèque annulé / Pre-authorized Payment form filled + Void check
- Un chèque postdaté du 1^{er} juin 2019 pour les frais de collecte de fonds / A post-dated cheque (June 1st, 2019) for fundraising fees.

CHANGEMENT À L'INFORMATION / CHANGE OF INFORMATION

Veillez s.v.p. aviser la prématernelle Les petits pieds de tout changement à l'information ci-haut dans les plus brefs délais. Pour maintenir notre permis, nous devons conserver une information à jour des dossiers de chaque enfant. / Please keep Prématernelle Les petits pieds aware of any change in the information contained in this form as soon as possible.

En signant ce document, j'atteste que l'information fournie dans ce formulaire est, au meilleur de ma connaissance, complète et exacte. / By signing this document, I certify that the information contained in the form is, to the best of my knowledge, complete, truthful and correct .

Nom / Name

Date

Signature



La prématernelle
Les petits pieds

**Comment avez-vous entendu parler de notre programme?
Where did you hear about us?**

- Famille et/ou amis (bouche à oreille) / Family and/or friends (word of mouth);
- Facebook
- Annonce publicitaire / Advertisement
- Autre (veuillez spécifier) / Other (please specify)