

INSCRIPTION AUX ACTIVITÉS ÉDUCATIVES DE L'INSTITUT PACIFIQUE

Nom :	Prénom :
Sexe :	
Adresse :	
App :	Ville :
Code postal :	
Téléphone maison :	Téléphone d'urgence :
Adresse électronique (e-mail) des parents :	
École fréquentée :	Niveau :
Date de naissance : _____/_____/_____ année mois jour	Pays d'origine du père :
Nom de la mère :	Nom du père :
Garde légale : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre (précisez) :	
Votre enfant prend-il des médicaments quotidiennement? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (lesquels) :	
Votre enfant souffre-t-il d'allergies? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (spécifiez) :	
A-t-il en sa possession une dose d'adrénaline (ex: epipen, ana-kit) en fonction de ses allergies? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Votre enfant souffre-t-il d'autres maladies? <input type="checkbox"/> asthme <input type="checkbox"/> épilepsie <input type="checkbox"/> diabète <input type="checkbox"/> autre (spécifiez) :	
Votre enfant a-t-il un retard de langage? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Votre enfant a-t-il un diagnostic? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (spécifiez) :

INSCRIPTION AUX ACTIVITÉS ÉDUCATIVES DE L'INSTITUT PACIFIQUE

Nos activités sont offertes du lundi au vendredi de _____ à _____.

Vous autorisez votre enfant à partir de quelle façon. Veuillez cocher un des 2 énoncés.

Lorsque mon enfant se présente, je **l'autorise seulement à partir avec un parent.**

Précision s'il y a lieu : _____

J'autorise mon enfant à partir seul. Précision s'il y a lieu :

Votre enfant a-t-il la permission d'aller au parc avec un éducateur ? oui non

PHOTOS ET VIDÉOS

J'autorise l'Institut Pacifique à photographier mon enfant dans le cadre des activités éducatives offertes par l'Institut.

Ces images pourraient servir à promouvoir les activités de l'Institut Pacifique et être diffusées sur le Web et lors d'événements ciblés, pour une durée indéterminée. Celles-ci pourraient également circuler dans les médias et être utilisées sur d'autres supports d'information imprimés et numériques liés à l'Institut Pacifique.

oui non

INSCRIPTION AUX ACTIVITÉS ÉDUCATIVES DE L'INSTITUT PACIFIQUE

Soyez assurés que tout est mis en œuvre afin de veiller à la santé et à la sécurité des enfants et des membres de notre personnel. Nous travaillons en étroite collaboration avec les autorités gouvernementales et nous appliquons à la lettre les directives qui nous sont transmises.

En procédant à l'inscription,

- 1. Je déclare que ni moi, ni personne habitant sous mon toit n'a manifesté des symptômes associés à la Covid-19 (incluant fièvre, toux, maladie respiratoire ou difficulté respiratoire) au cours des derniers 14 jours.*
- 2. Je consens à cesser ma participation aux activités éducatives de l'Institut Pacifique si j'éprouve de tels symptômes.*
- 3. Je consens à informer, dans les plus brefs délais, l'Institut Pacifique si j'éprouve des symptômes associés à la COVID-19, ou si moi ou une personne avec qui j'ai été en contact sommes en attente d'un résultat de dépistage de la COVID-19.*

Par la présente, j'autorise mon enfant à fréquenter l'Institut Pacifique et je certifie que les renseignements fournis sont exacts. J'autorise mon enfant à remplir un questionnaire sur les services offerts par l'Institut Pacifique dans le but d'améliorer les activités. De plus, j'autorise l'Institut Pacifique à donner à mon enfant les premiers soins en cas de blessures et à prendre les dispositions nécessaires recommandées par un médecin en cas d'urgence. J'accepte que mon enfant bénéficie d'un soutien particulier dont l'objectif est de le soutenir dans le développement de ses compétences sociales.

Je signe cette autorisation en ma qualité de : père mère tuteur

Signature du parent responsable _____ date _____
Nom / prénom