

MÉMO POUR LE SERVICE DE GARDE

NOM DE L'ENFANT : _____ **GROUPE :** _____

ÉDUCATRICE : _____ **DATE :** _____

UN MESSAGE POUR :

- ABSENCE DE MON ENFANT : **Date :** _____ **AM :** _____ **Midi :** _____ **PM :** _____
- DEMANDE DE BLOCS SUPPLÉMENTAIRES : **Date :** _____ **AM :** _____ **Midi :** _____ **PM :** _____
- ANNULER L'INSCRIPTION À LA JOURNÉE PÉDAGOGIQUE (avant la date limite sans facturation) : **Date :** _____
- ABSENCE À LA JOURNÉE PÉDAGOGIQUE (après la date limite avec facturation) : **Date :** _____
- J'AUTORISE MON ENFANT À QUITTER SEUL À PIED À LA FIN DE L'ÉCOLE : **Dates :** _____ **Heures :** _____
- PERSONNE AUTORISÉE À QUITTER AVEC MON ENFANT : _____ **Dates :** _____
- ANNULATION DU SDG À PARTIR DE : **(2semaine payables de préavis) : Dates :** _____
- CHANGEMENT DE FRÉQUENTATION AU SDG : **(2 jours de préavis pour la sécurité) : Date effective :** _____
Garde partagée : Semaine ; Mère : Date : _____ **Père : Date :** _____
Type de facturation : Calendrier : _____ Pourcentage : _____ Si oui % : Mère : _____ % Père : _____ %
(Prendre note qu'un changement de fréquentation peut avoir une incidence sur votre tarification au SDG)

| Blocs / Jours | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
|---------------|-------|-------|----------|-------|----------|
| Matin | | | | | |
| Midi | | | | | |
| Après-midi | | | | | |

- COCHER SI VOUS AVEZ BESOIN DU SERVICE DE GARDE UNIQUEMENT LORS DE JOURNÉES PÉDAGOGIQUES**
- AUTORISATION POUR L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS : Semaine :** _____
Je demande au personnel du SDG d'administrer le médicament suivant à mon enfant, selon la posologie indiquée.
Nom du médicament : _____ **Dose :** _____
Fréquence : _____ **Heure :** _____
Inscription des médicaments administrés : Date, heure et initiales de la personne qui administre le médicament.
Date : _____ **Heure :** _____ **Initiales :** _____
Date : _____ **Heure :** _____ **Initiales :** _____

Signature du parent : _____ **Date :** _____

MÉMO POUR LE SERVICE DE GARDE

NOM DE L'ENFANT : _____ **GROUPE :** _____

ÉDUCATRICE : _____ **DATE :** _____

UN MESSAGE POUR :

- ABSENCE DE MON ENFANT : **Date :** _____ **AM :** _____ **Midi :** _____ **PM :** _____
- DEMANDE DE BLOCS SUPPLÉMENTAIRES : **Date :** _____ **AM :** _____ **Midi :** _____ **PM :** _____
- ANNULER L'INSCRIPTION À LA JOURNÉE PÉDAGOGIQUE (avant la date limite sans facturation) : **Date :** _____
- ABSENCE À LA JOURNÉE PÉDAGOGIQUE (après la date limite avec facturation) : **Date :** _____
- J'AUTORISE MON ENFANT À QUITTER SEUL À PIED À LA FIN DE L'ÉCOLE : **Dates :** _____ **Heures :** _____
- PERSONNE AUTORISÉE À QUITTER AVEC MON ENFANT : _____ **Dates :** _____
- ANNULATION DU SDG À PARTIR DE : **(2semaine payables de préavis) : Dates :** _____
- CHANGEMENT DE FRÉQUENTATION AU SDG : **(2 jours de préavis pour la sécurité) : Date effective :** _____
Garde partagée : Semaine ; Mère : Date : _____ **Père : Date :** _____
Type de facturation : Calendrier : _____ Pourcentage : _____ Si oui % : Mère : _____ % Père : _____ %
(Prendre note qu'un changement de fréquentation peut avoir une incidence sur votre tarification au SDG)

| Blocs / Jours | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
|---------------|-------|-------|----------|-------|----------|
| Matin | | | | | |
| Midi | | | | | |
| Après-midi | | | | | |

- COCHER SI VOUS AVEZ BESOIN DU SERVICE DE GARDE UNIQUEMENT LORS DE JOURNÉES PÉDAGOGIQUES**
- AUTORISATION POUR L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS : Semaine :** _____
Je demande au personnel du SDG d'administrer le médicament suivant à mon enfant, selon la posologie indiquée.
Nom du médicament : _____ **Dose :** _____
Fréquence : _____ **Heure :** _____
Inscription des médicaments administrés : Date, heure et initiales de la personne qui administre le médicament.
Date : _____ **Heure :** _____ **Initiales :** _____
Date : _____ **Heure :** _____ **Initiales :** _____

Signature du parent : _____ **Date :** _____