MÉMO POUR LE SERVICE DE GARDE

NOM DE L'ENFANT :			GROUPE :			
ÉDUCATRICE :			DATE :			
	AGE POUR :					
0	ABSENCE DE MON ENFA					
0	DEMANDE DE BLOCS SU	PPLÉMENTAIRES : Date	e:	_AM :I	Midi : PM :	
0	ANNULER L'INSCRIPTION	N À LA JOURNÉE PÉDAC	GOGIQUE (avant la da	ite limite sans fact	uration) : Date :	
ABSENCE À LA JOURNÉE PÉDAGOGIQUE (après la date limite avec facturation) : Date :						
0	O J'AUTORISE MON ENFANT À QUITTER SEUL À PIED À LA FIN DE L'ÉCOLE : Dates : Heures :					
0	PERSONNE AUTORISÉE	À QUITTER AVEC MON	ENFANT :		Dates :	
0						
CHANGEMENT DE FRÉQUENTATION AU SDG : (2 jours de préavis pour la sécurité) : Date effective :						
	Garde partagée : Semaine ; Mère : Date : Père : Date: Père : Date: Yupe de facturation : Calendrier : Pourcentage : Si oui % : Mère : % Père : %					
	(Prendre note qu'un cha Blocs / Jours	ingement de fréquenta Lundi	ation peut avoir une Mardi	incidence sur votr Mercredi	e tarification au SDG) Jeudi	Vendredi
	Matin	Lunui	William	Wichered	Jedai	Vendrear
	Midi Après-midi					
0	COCHER SI VOUS AVEZ	BESOIN DU SERVICE DI	E GARDE UNIQUEME	NT LORS DE JOUR	NÉES 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 :					
	Inscription des médicam	nents administrés : Dat	e, heure et initiales d	le la personne qui	administre le médicamen	t.
	Date :	Heure :	_ Initiales :			
Signature	du parent :			Date :		_
						_
MÉMO POUR LE SERVICE DE GARDE						
NOM DE L'ENFANT : GROUPE :						
ÉDUCATRICE : DATE :						
	A GE POUR : ABSENCE DE MON ENFA	NT : Date :	AM :	Midi :	PM :	
0	DEMANDE DE BLOCS SU	PPLÉMENTAIRES : Date	e:	_AM :I	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 :						
0	J'AUTORISE MON ENFAI	NT À QUITTER SEUL À P	IED À LA FIN DE L'ÉCO	OLE : Dates :	Heures :	
\circ						
0	O PERSONNE AUTORISÉE À QUITTER AVEC MON ENFANT :					
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 : Semain Type de facturation : Ca				% Père :	<u></u> %
	(Prendre note qu'un cha	ingement de fréquent	ation peut avoir une	incidence sur votr	e tarification au SDG)	
	Blocs / Jours Matin	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
	Midi					
\circ	Après-midi	BESOIN DIT SEBVICE DI	CARDE UNIQUEME	NIT LODG DE IOUR	NÉTE BÉDACOCIONES	
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 :		<u> </u>	2 2 3 2 3 2	
	Date :	Heure :	_ Initiales :			
Signature	du parent :			Date :		