

Admission Date \_\_\_\_\_

Daycare club member N° \_\_\_\_\_



## REGISTRATION FORM/ FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Child's Name /Nom de l'enfant \_\_\_\_\_ Nickname/Surnom \_\_\_\_\_

Address /Adresse \_\_\_\_\_

Home Phone et Cell Phone/ Téléphone maison et portable \_\_\_\_\_

Birthdate/Date de naissance \_\_\_\_\_ Birthplace/ Lieu de naissance \_\_\_\_\_ Sex/Sexe \_\_\_\_\_

Father or Guardian's Name/Nom du Père ou représentant légal \_\_\_\_\_

Father or Guardian's Employment/ Emploi du père ou représentant légal \_\_\_\_\_

Work Phone/Téléphone bureau \_\_\_\_\_ Email Address \_\_\_\_\_

Mother or Guardian's Name/ Nom de la mère ou de la représentante légale \_\_\_\_\_

Mother or Guardian's Employment/ Emploi de la mère ou de la représentante \_\_\_\_\_

Work phone/ Téléphone bureau \_\_\_\_\_ Email Address \_\_\_\_\_

Child lives with/ l'enfant vit avec: (Check one/ cochez une option) Both parents/les parents \_\_\_\_ Mother/ Mère \_\_\_\_ Father/Père \_\_\_\_ Legal Guardian \_\_\_\_

If legal guardian, list name, address, phone number if other than above/ si représentant, inscrivez nom, adresse et téléphone si différents de ci-dessus: \_\_\_\_\_

List the name and birthdate of all children living in your home/ inscrivez le nom et la date naissance de tous les enfants vivant dans votre maison: \_\_\_\_\_

# THE AMERICAN DAYCARE

Family Doctor/ Médecin de famille \_\_\_\_\_ Address/Adresse \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

In the event I cannot be reached, please call (these individuals are also authorized to pick-up my child):  
Si non disponible, veuillez appeler (ces personnes sont autorisées à récupérer mon enfant):

Name/Nom	Relation to the Child/Lien avec l'enfant	Address/Adresse	Phone/Téléphone
1. _____			
2. _____			

List any serious allergies (such as insect bites, food allergies, etc.)/ énumérez toute allergie sérieuse (telles que piqûres d'insecte, allergie alimentaire ou médicamenteuse)

**AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL ATTENTION FOR (Child's Name):**  
**AUTORISATION POUR SOIN MEDICAL D'URGENCE (Nom de l'enfant) :**

In the event that I cannot be reached to make arrangements for emergency medical attention, I authorize the facility director or person in charge to take my child to:

Si indisponible pour un arrangement médical, j'autorise le responsable de l'école ou la personne en charge de transporter mon enfant chez :

Name of physician/ Nom du médecin	Address /Adresse	Telephone No.
-----------------------------------	------------------	---------------

hospital or clinic/ hospital ou clinique	Address/Adresse	Telephone No.
------------------------------------------	-----------------	---------------

I give consent for necessary emergency treatment when my child is in the care of this physician and/or hospital/clinic.  
Je donne mon consentement pour un traitement d'urgence lorsque mon enfant est emmené chez ce médecin ou cet hôpital

\_\_\_\_\_  
Signature - Parent or Legal Guardian/signature du parent ou représentant légal

\_\_\_\_\_  
Date

## TRANSPORTATION INFORMATION/ INFORMATION DE TRANSPORT

Other individuals authorized to pick up my child/ autres personnes autorisées à récupérer mon enfant:

## THE AMERICAN DAYCARE

Contact with Tuberculosis/ exposé à la tuberculose: \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_

Agreements/ accord:

When my child is ill, I understand and agree that The American Daycare will not accept my child for care. This includes: fever, diarrhea, vomiting, bad cough, and a communicable disease.

My signature below certifies that my child is to my knowledge, in good health, and free of disabilities that would endanger him/her or other children.

Also by signing below I agree that this is a legally binding form. Providing false information could be grounds for termination of childcare services and forfeiture of retainer.

Lorsque mon enfant est malade, je comprends et accepte que The American Daycare refuse de l'accueillir. Cela inclut : fièvre, diarrhée, vomissements, toux grasse et maladie contagieuse.

Ma signature, plus bas, certifie que mon enfant est en bonne santé et sans handicap pouvant mettre en danger d'autres enfants.

J'accepte également, par ma signature, de rendre ce document légal. Fournir des informations erronées peut entraîner le renvoi de votre enfant sans remboursement quelconque.

Father/Guardian's Signature Signature du père ou représentant légal	Date
Mother/Guardian's Signature Signature de la mère ou représentante légale	Date
THE AMERICAN DAYCARE	Date