

# LE JARDIN D'ÉTÉ CCI

5905 Grand Allée, Brossard, Québec, J4Z 3G4

Email: [lejardindetecci@gmail.com](mailto:lejardindetecci@gmail.com)

---

## CONTRAT DE SERVICES

Description du service: Camp de jour et service de garde pendant neuf semaines pour un maximum de onze heures par jour, destiné aux jeunes enfants âgés entre 5 et 12 ans.

\_\_\_\_\_ Et \_\_\_\_\_  
Nom/Prénom de la mère                      Nom/Prénom du père

\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_  
Adresse                      Ville                      Code postal

\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone (maison ou cell)                      Numéro de téléphone (maison ou cell)

\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone (travail)                      Numéro de téléphone (travail)

\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_  
Email                      Email

\_\_\_\_\_                       Mère                       Père

Numéro d'assurance social du payeur (Pour fin d'impôt)

### **ENFANT 1**

\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_  
Nom/Prénom                      Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

### **ENFANT 2**

\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_  
Nom/Prénom                      Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

### **ENFANT 3**

\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_  
Nom/Prénom                      Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

### **ENFANT 4**

\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_  
Nom/Prénom                      Date de naissance

## CONTACT EN CAS D'URGENCE (autre que mère et père)

\_\_\_\_\_

**Nom/Prénom**

\_\_\_\_\_

**Lien**

\_\_\_\_\_

**Téléphone au travail**

\_\_\_\_\_

**Téléphone/Cell**

### PERSONNE AUTORISÉ À VENIR CHERCHER L'ENFANT(S)

\_\_\_\_\_

**Nom/prénom**

\_\_\_\_\_

**Lien**

\_\_\_\_\_

**Téléphone au travail**

\_\_\_\_\_

**Téléphone/Cell**

\_\_\_\_\_

Date de l'inscription: \_\_\_\_\_ Date du début du service: \_\_\_\_\_ Nombre de semaine: \_\_\_\_\_

28/06 -02/07	05/07 -09/07	12/07 -16/07	19/07 -23/07	26/07 -30/07	02/08 -06/08	09/08 -13/08	16/08 -20/08	23/08 -27/08
S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9
SG1	SG2	SG3	SG4	SG5	SG6	SG7	SG8	SG9

Les services sont offerts du lundi au vendredi:

#### **Le tarif par semaine de service:**

Le service de garde: 25.00\$ par semaine (un rabais de 5.00\$ / semaine/ participant est accordé pour une inscription de 6 semaines ou plus)

**Le camp de jour:** 60.00\$ par semaine (à voir les tarifs réguliers pour plus d'un enfant et les tarifs forfaitaires pour six semaines et plus)

**Coût des frais d'inscription par famille :** 15.00\$

**Coût des frais de retard:** 5.00\$ pour 5 minutes de retard par famille (payable en argent comptant directement au responsable du service de garde ou au moniteur).

**Coût de sorties:** les frais exigés sont payables en argent comptant et avant la tenue de l'activité. Les informations concernant chaque sorties et son prix vous seront

Communiquées via [lejardindeteicc@gmail.com](mailto:lejardindeteicc@gmail.com)

**Chèque sans provision:** Des frais supplémentaires de 20.00\$ seront facturés. Après le deuxième chèque sans provision, le paiement des frais devra se faire en argent comptant ou par chèque certifié.

Ni les frais d'inscription ni la somme payable au moment de l'acceptation de l'enfant ne sont remboursables.(voir politique)

**Modalité de paiement:**

[Nb.....] Chèque postdaté [.....\$] Argent comptant

[ ] Carte de crédit:

Nom: \_\_\_\_\_

Numéro: \_\_\_\_\_ Exp: \_\_\_\_\_ No de securit: \_\_\_\_\_

Montant par versements: \_\_\_\_\_ Nombre de versements: \_\_\_\_\_

Dates des versements: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_

Mode de paiement des frais d'inscription:  Argent comptant  Débit  Crédit

Les frais seront établis à l'ordre de: CCI Brossard en mémo: le jardin d'été CCI 2021.

Les paiements des frais de service devront s'effectuer au moment de l'inscription et couvrir l'ensemble des semaines de fréquentation.

**Documents en annexe:**

Règlements et politique de la régie interne, contrat, fiche d'inscription, dossier médical et des protocoles d'autorisation.

**En signant le présent contrat, le parent reconnaît avoir lu et compris les informations inscrites dans la régie interne.**

**IMPORTANT:** Le numéro d'assurance social du payeur est obligatoire pour qu'un relevé 24 soit émis.

**LES SOUSSIGNÉS ONT PRIS CONNAISSANCE, COMPRIS ET CONVENUS DES TERMES ET CONDITIONS PRÉVUS DANS LA PRÉSENTE ENTENTE DES SERVICES DU JARDIN D'ETE CCI.**

Les parties signent:

\_\_\_\_\_  
Signature du (des) parent(s)

\_\_\_\_\_  
Signature du responsable

Date \_\_\_\_\_

## AUTORISATION POUR LA BAIGNADE

Par la présente, j'autorise mon enfant à se baigner en présence de moniteurs ou de responsables du camp de jour le jardin d'été CCI.

Mon enfant a besoin d'un gilet de sauvetage:

Enfant 1:  oui  Non

Enfant 2:  oui  Non

Enfant 3:  oui  Non

Enfant 4:  oui  Non

Les moniteurs et les responsables doivent appliquer certaines règles de sécurité:

- Utilisent des ceintures de sécurité.
- Deux adultes sont présents lorsque tous les enfants se baignent. - Si certains enfants sont hors de la piscine et d'autres
- se baignent, deux adultes sont présents pour surveiller les enfants

### **Renseignements particuliers concernant votre enfant(s)**

Nous vous invitons à nous transmettre certaines informations que vous considérez pertinentes concernant votre enfant (comportement spécifiques, difficulté particulière, etc.)

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

\_\_\_\_\_  
Date

## DOSSIER MÉDICAL

### Enfant 1

NAM: \_\_\_\_\_ date d'expiration: \_\_\_\_\_

### Enfant 2

NAM: \_\_\_\_\_ date d'expiration: \_\_\_\_\_

### Enfant 3

NAM: \_\_\_\_\_ date d'expiration: \_\_\_\_\_

### Enfant 4

NAM: \_\_\_\_\_ date d'expiration: \_\_\_\_\_

### ALLERGIES

Votre enfant a-t-il des allergies

Oui Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Non

Si oui veuillez nous préciser laquelle ou lesquelles:

\_\_\_\_\_

Veuillez également nous indiquer les précautions à prendre?

\_\_\_\_\_

Si votre enfant est allergique, il est important d'avoir accès à une fiche d'allergie ainsi que la démarche permettant d'intervenir rapidement en cas de crise.

### CONDITIONS PARTICULIERES

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie ou vit-il avec une condition particulière (handicap physique ou autre)

Oui Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_  Non

Si oui, veuillez nous préciser laquelle ou lesquelles:

\_\_\_\_\_

### NOTES

Y a-t-il d'autres renseignements dont vous désirez nous faire part concernant l'état de santé de votre enfant et qui pourrait améliorer ses conditions de vie en milieu du camp de jour?

\_\_\_\_\_

Signature d'un parent: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_