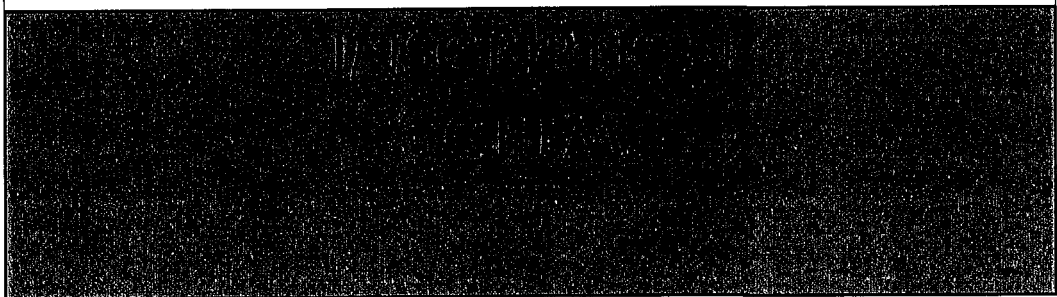


Centre  
pivot  
du  
Triangle  
**MAGIQUE**





AZILDA  
 LEVACK  
 ST-ANNE  
 ST-JOSEPH SUDBURY  
 VALLEY VIEW

COLLEGE BORÉAL  
 MAGICAL NOOK  
 ST-AUGUSTIN  
 ST-JOSEPH HANMER  
 ERNIE CHECKERIS

DOWLING  
 NOTRE-DAME  
 ST-DENIS  
 ST-THÉRÈSE



### Informations médicales et en cas d'urgence

Nom de l'enfant		Date de naissance (année / mois / jour)		M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
				Sexe	
Nom du parent / tuteur		Nom du parent / tuteur			
( ) _____	( ) _____	( ) _____	( ) _____		
Téléphone à domicile	Téléphone au travail	Téléphone à domicile	Téléphone au travail		
Adresse		Adresse			
Ville, Province, Code postal		Ville, Province, Code postal			
Lieu de travail	Cellulaire	Lieu de travail	Cellulaire		

### Contacts alternatifs en cas d'urgence

*Ces personnes seront appelées si le parent n'est pas disponible.*

Contact d'urgence primaire		Relation avec l'enfant		Contact d'urgence secondaire		Relation avec l'enfant	
( ) _____	( ) _____	( ) _____	( ) _____	( ) _____	( ) _____	( ) _____	( ) _____
Téléphone à domicile	Téléphone au travail	Téléphone à domicile	Téléphone au travail	Téléphone à domicile	Téléphone au travail	Téléphone à domicile	Téléphone au travail
Adresse		Adresse		Adresse		Adresse	
Ville, Province, Code postal		Ville, Province, Code postal		Ville, Province, Code postal		Ville, Province, Code postal	

### Informations médicales

Nom du médecin	Adresse	Numéro de téléphone
----------------	---------	---------------------

Allergies ou conditions médicales

**MON ENFANT NE PEUT PAS QUITTER AVEC:**

Nom	Relation avec l'enfant
-----	------------------------

**STATUS PRÉSENT À DOMICILE:**

Marié(e): \_\_\_\_\_ Conjoint de fait: \_\_\_\_\_ Séparé(e) : \_\_\_\_\_ Divorcé(e): \_\_\_\_\_

*En cas de séparation ou la garde légale n'a pas été déterminée, l'enfant pourra quitter les lieux avec les deux parents.*

*Si la garde légale a été déterminée, l'enfant ne pourra pas quitter les lieux avec la mère ou le père (s.v.p. encercler) à moins que le centre soit avisé. Laisser une copie des documents de la garde légale avec le bureau.*

Signature du parent / tuteur	Date	Signature de la chef d'équipe
------------------------------	------	-------------------------------



## ALLERGIES

Allergie(s) dont votre enfant souffre: \_\_\_\_\_

Décrivez la réaction de votre enfant lorsqu'il est exposé: \_\_\_\_\_

Est-ce que cette allergie est un danger mortel pour votre enfant? \_\_\_\_\_

Donnez les mesures à suivre par le personnel lorsque votre enfant est exposé: \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant a un médicament qu'il peut prendre lors d'une attaque? \_\_\_\_\_

### S.v.p. compléter le formulaire d'administration de médicament.

Votre enfant transporte-t-il le médicament avec lui en tout temps \_\_\_\_\_

En cas d'urgence, je permets au personnel du Centre pivot du Triangle magique d'obtenir les soins médicaux nécessaires pour mon enfant.

Nom du médecin: \_\_\_\_\_ # de tél. du bureau: \_\_\_\_\_

Adresse de son bureau: \_\_\_\_\_

Toute l'information incluse est complète et exacte et au meilleur de ma connaissance.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent / tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de la chef d'équipe

\_\_\_\_\_  
Date

**Assurez vous de remettre une photocopie du carnet d'immunisation.**

## SANTÉ DE L'ENFANT

---

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_

Historique (maladies contagieuses): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Votre enfant prend-il des médicaments régulièrement?

Si oui, quel médicament (nom)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pourquoi? \_\_\_\_\_

Votre enfant porte-t-il une prothèse (appareil dentaire, lunettes, etc.)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Décrire la santé générale de votre enfant (restriction d'activité, etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Commentaires: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Recevez-vous ou avez-vous reçu des services d'autres agences? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Votre enfant joue-t-il régulièrement avec d'autres enfants de son âge? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Recommandations utiles pour l'intégration de votre enfant: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



AZILDA  
LEVACK  
ST-ANNE  
ST-JOSEPH SUDBURY  
VALLEY VIEW

COLLÈGE BORÉAL  
MAGICAL NOOK  
ST-AUGUSTIN  
ST-JOSEPH HANMER  
ERNIE CHECKERIS

DOWLING  
NOTRE-DAME  
ST-DENIS  
ST-THÉRÈSE



### ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

---

Je donne permission aux éducatrices du Centre pivot du Triangle magique d'administrer des médicaments aux enfants qui ont de la fièvre. (Tylenol ou Advil)

\_\_\_\_\_  
Signature du parent / tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

### ADMINISTRATION DE CRÈME SOLAIRE

---

Je donne permission aux éducatrices du Centre pivot du Triangle magique d'appliquer de la crème solaire à mon enfant lors du jeu extérieur ou lors d'une excursion.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent / tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

## PERMISSION POUR PRISE DE PHOTOS

---

Je permets à mon enfant \_\_\_\_\_ de se faire photographier (photos ou films) lors de sa routine journalière ou pendant les sorties. Aucune de ces photos ne servira pour fins de profit.

- Oui, je permets au Centre pivot du Triangle magique d'utiliser les photos de mon enfant pour la publicité de bulletins, dépliants, site Web, etc.
- Non, je préfère que les photos demeurent à l'intérieur de la garderie

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du parent / tuteur

## PERMISSION POUR LES SORTIES

---

*Je permets à mon enfant de participer aux excursions, aux marches ou autres sorties faites par les enfants. Veuillez me faire parvenir de plus amples renseignements quelques jours à l'avance, dans la mesure du possible, lorsqu'une de ces activités sera à l'extérieur de la cour.*

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du parent / tuteur



AZILDA  
LEVACK  
ST-ANNE  
ST-JOSEPH SUDBURY  
VALLEY VIEW

COLLÈGE BORÉAL  
MAGICAL NOOK  
ST-AUGUSTIN  
ST-JOSEPH HANMER  
ERNIE CHECKERIS

DOWLING  
NOTRE-DAME.  
ST-DENIS  
ST-THÉRÈSE



## PERMISSION DE QUITTER LES LIEUX

---

Je donne la permission aux personnes suivantes de quitter la garderie avec mon enfant en tout temps.  
Un membre du personnel de la garderie n'est pas obligé de me contacter pour mon consentement verbal.

Ces personnes ont l'autorisation de quitter la garderie avec mon enfant \_\_\_\_\_ (Nom de l'enfant)  
en tout temps.

*Veillez compléter et signer le formulaire qui suit:*

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

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

Relation: \_\_\_\_\_

Relation: \_\_\_\_\_

N° de tél. à domicile: \_\_\_\_\_

N° de tél. à domicile: \_\_\_\_\_

N° de cellulaire: \_\_\_\_\_

N° de cellulaire: \_\_\_\_\_

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

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

Relation: \_\_\_\_\_

Relation: \_\_\_\_\_

N° de tél. à domicile: \_\_\_\_\_

N° de tél. à domicile: \_\_\_\_\_

N° de cellulaire : \_\_\_\_\_

N° de cellulaire : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou du tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de la Chef d'équipe

\_\_\_\_\_  
Date



## DISCIPLINE

---

Le renforcement positif et la redirection sont les méthodes utilisées afin de modifier un comportement non désiré.

Par exemple:

- offrir une autre activité; une activité calme ex.: livre, cassette, art;
- prendre une pause minute;
- changer de groupe;
- etc...

Il est strictement interdit:

- d'utiliser toute forme de punition corporelle;
- de harceler délibérément un enfant dans le but de l'humilier;
- de priver un enfant au niveau de ses besoins de base y compris la nourriture, l'abri, les vêtements et choses personnelles telles que poupée, ourson, etc...
- d'enfermer ou d'isoler dans un coin, un enfant, dans le but de le confiner.

Afin d'assurer une continuité pour les enfants, il est OBLIGATOIRE que tous les adultes (employés, étudiants, bénévoles et parents) suivent les mêmes lignes de conduite (telles qu'énoncées ci-dessus) lorsqu'un enfant doit être redirigé lors de sa présence au Centre pivot du Triangle magique.

Ces règlements de discipline sont discutés avec les employés et avec les parents afin de s'assurer que tous ont bien compris et sont au courant des règlements.

L'adulte qui entre en infraction des règlements mentionnés ci-dessus sera averti(e) par la directrice générale comme suit:

- première infraction : avertissement verbal
- deuxième infraction : avertissement par écrit
- troisième infraction : congédiement/retrait

*\*\*Dans l'éventualité où un tel comportement se répèterait ou serait de nature grave, la Directrice générale peut imposer le congédiement immédiat\*\**

\_\_\_\_\_  
Signature du parent / tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de la chef d'équipe

\_\_\_\_\_  
Date

## FORMULAIRE D'ÉCOLIERS

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_

Année scolaire: \_\_\_\_\_

Nom de l'école: \_\_\_\_\_

Adresse de l'école: \_\_\_\_\_

# de téléphone de l'école: \_\_\_\_\_

### Départ pour l'école

Votre enfant partira pour l'école

de la garderie  de la maison

De la garderie : \_\_\_\_\_  
Heure

\_\_\_\_\_ # d'autobus

Compagnie d'autobus: \_\_\_\_\_

# de téléphone: \_\_\_\_\_

### Arrivée de l'école

L'autobus arrive à la garderie après l'école à :

\_\_\_\_\_

Heure

\_\_\_\_\_ # d'autobus

Compagnie d'autobus: \_\_\_\_\_

# de téléphone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du parent / tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

## ENTENTE SUR LE PARTAGE DE RENSEIGNEMENTS

---

Nom de la garderie: \_\_\_\_\_

La communication constante entre les professionnels qui travaillent avec votre enfant améliore l'expérience éducative de votre enfant et les services de garde. Il est important, de temps à autre, que l'école et la garderie partagent des renseignements sur votre enfant afin de mieux répondre à ses besoins. Les renseignements peuvent inclure, sans y être limité, les questions d'assiduité, de maladie, de progrès et de comportement.

Les renseignements seront partagés en toute confidentialité et uniquement pour la période pendant laquelle l'enfant fréquente la garderie ou lorsque les parents en font la demande.

Votre consentement est essentiel pour permettre à l'école et à la garderie de partager des renseignements sur votre enfant.

J'autorise/nous autorisons la garderie \_\_\_\_\_ et

l'école \_\_\_\_\_ à partager des

renseignements sur mon/notre enfant.

\_\_\_\_\_  
Nom de l'enfant

\_\_\_\_\_  
Date de naissance (jour-mois-année)

\_\_\_\_\_  
Nom du parent / tuteur

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Témoin

\_\_\_\_\_  
Date

*L'article 32 b) de la Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée stipule que "Une institution ne doit pas divulguer les renseignements personnels dont elle a la garde ou le contrôle, sauf si la personne concernée par ces renseignements les a identifiés spécifiquement et a consenti à leur divulgation."*

c. c. École  
Parent/tuteur/tutrice

Cher parent,

Nous vous remercions d'avoir choisi notre Garderie pour votre enfant. Nous voulons que vous sachiez que nous prenons très au sérieux nos responsabilités envers le bien-être de votre enfant. La **Loi sur les services à l'enfance et à la famille** de l'Ontario détermine un grand nombre de nos obligations envers les enfants que nous accueillons, et nous sommes tenus de respecter cette Loi. Nous vous demandons aujourd'hui de bien vouloir prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent.

### **LOI SUR LES SERVICES A L'ENFANCE ET A LA FAMILLE DE L'ONTARIO (LSEF)**

La *Loi sur les services à l'enfance et à la famille de l'Ontario* reconnaît que toute personne a une responsabilité envers le bien-être des enfants. La Loi stipule clairement que les membres du public, y compris les personnes professionnelles qui travaillent auprès des enfants, ont l'obligation d'avertir promptement la Société d'aide à l'enfance (SAE) si elles ont de bonnes raisons de croire qu'un enfant a, ou pourrait avoir, besoin de protection. **LSFE article 72(1)** Un enfant qu'il faut protéger est celui qui a déjà été soumis à une agression physique, sexuelle ou émotionnelle, qui est négligé et qui risque d'être exposé à un danger.

Comme personnes professionnelles dans le domaine de l'Éducation de la petite enfance, nous sommes obligées d'entrer en contact avec la SAE si nous avons raison de croire qu'un des points soulevés s'applique aux cas suivants.

#### **Un enfant a subi un dommage physique s'il y a:**

- une incapacité de s'occuper convenablement des besoins, de la surveillance et de la protection de l'enfant;
- des preuves répétées de négligence pour ce qui est des soins, des besoins, de la surveillance et de la protection de l'enfant.

#### **Il y a un danger que l'enfant soit victime d'un traumatisme physique infligé par une personne qui en a la charge ou que le traumatisme soit causé par cette personne, s'il y a:**

- une incapacité de s'occuper convenablement des besoins, de la surveillance et de la protection de l'enfant;
- des preuves répétées de négligence pour ce qui est des soins, des besoins, de la surveillance et de la protection de l'enfant.

**Un enfant a été agressé ou exploité sexuellement par qui que ce soit, ou on est informé du danger qu'un enfant a été, ou pourrait être, victime de mauvais traitements ou d'exploitation sexuelle par qui que ce soit.**

**Un enfant requiert un traitement médical pour guérir, prévenir ou soulager un traumatisme physique ou une douleur, et que le parent de l'enfant ou la personne qui en a la charge ne fournit pas le traitement nécessaire, ou refuse ou est incapable de le lui fournir, ou encore est incapable d'y consentir.**

#### **Un enfant a souffert un traumatisme émotionnel qui se manifeste par un état sérieux:**

- d'anxiété
- de dépression
- de repli sur lui-même
- d'auto-destruction ou de comportement agressif
- de retard dans le développement

Il y a des preuves suffisantes pour laisser croire que les dommages émotionnels chez l'enfant résultent du comportement du parent ou de la personne qui en a la charge, de son incapacité de remédier à ses habitudes de négligence, y compris de son refus, inhabileté ou impossibilité de consentir aux services ou au traitement pour guérir ou diminuer le dommage.

Un enfant souffre d'une condition mentale, émotive ou de développement qui, si elle n'est pas corrigée, peut porter une atteinte sérieuse à son développement, et que le parent ou la personne qui en a la charge, ne fournit pas le traitement nécessaire pour corriger ou soulager cette condition, ou refuse ou n'est pas disponible ou est incapable d'y consentir.

La LSEF reconnaît que les personnes qui travaillent étroitement avec les enfants sont particulièrement bien placées pour discerner des signes d'agression et de négligence chez les petits.

Elles ont donc une responsabilité contractuelle de faire connaître leurs craintes. Aussi, le fait de ne pas rapporter ces cas constitue une infraction à la Loi. **LSEF, article 72(4), (6.2)**

Toute personne professionnelle qui néglige d'avertir qu'elle soupçonne qu'un enfant a, ou peut avoir, besoin d'un service de protection est passible d'une amende de 1 000 \$ si elle est jugée coupable. L'obligation qu'elle a de faire un tel rapport outrepassé les dispositions de toutes les autres lois provinciales et, de façon plus précise, des articles des lois qui autrement empêcheraient la divulgation liée au secret professionnel. **LSEF article 72(7), (8)**

Nous vous remercions de votre compréhension en ce qui touche nos obligations et nos responsabilités professionnelles.

---

Signature du parent / tuteur

---

Date

---

Signature de la chef d'équipe

---

Date

## Formulaire de demande des vaccins pour la garderie

### Formulaire à remplir par le parent ou tuteur lors de l'inscription.

L'article 33 du Règlement 262, R.R.O. 1990, en application de la Loi sur les garderies, oblige les exploitants de garderie à tenir un dossier d'immunisation pour chaque enfant inscrit à un programme ou un dossier indiquant les raisons pour lesquelles les parents ou les tuteurs refusent que leur enfant soit immunisé. Veuillez noter qu'une fois votre enfant à l'école, la Loi sur l'immunisation des élèves exige d'autres documents si vous choisissez de ne pas faire immuniser votre enfant.

Veuillez remplir la section suivante et joindre une photocopie du dossier d'immunisation de votre enfant. Un ou une infirmier(e)-hygiéniste vérifiera les renseignements fournis sur chaque enfant inscrit à un programme de garderie. Si le dossier de votre enfant est incomplet, le Service de santé publique de Sudbury et du district vous en avisera.

**Les fournisseurs de soins de santé ne remettent pas automatiquement les dossiers d'immunisation. Si votre enfant se fait vacciner, veuillez appeler le Service de santé publique de Sudbury et du district afin que son dossier électronique soit mis à jour.**

Nom de famille :	<b>Veuillez joindre une photocopie du dossier d'immunisation de votre enfant.</b>												
Prénom :													
Date de naissance (aaaa/mm/jj)													
<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille													
Parent ou tuteur :													
Adresse postale :													
Ville :													
Code postal :													
Tél. (domicile) :													
Tél. (travail) :													
Garderie ou établissement préscolaire actuel :													
Garderie ou établissement préscolaire précédent :													

Âge	Diphtérie	Tétanos	Coqueluche	Poliévirus	Haemophilus influenzae de type B (Hib)	Pneumocoque conjugué-13	Rotavirus (oral)	Rougeole, rubéole, oreillons	Rougeole, rubéole, oreillons, varicelle	Méningocoque conjugué du groupe C	Méningocoque conjugué du groupe ACYW-135	Varicelle	Hépatite B	Virus du papillome humain (VPH)	Pneumocoque polysaccharide	Grippe saisonnière
2 mois																
4 mois																
6 mois																
12 mois																
15 mois																
18 mois																
4-6 ans																
Étudiants 7 <sup>e</sup> année																
Filles de 8 <sup>e</sup> année																
14-64 ans (une fois)																
65+ ans																
Chaque 10 ans																
Chaque automne																

À noter : chaque couleur représente les vaccins administrés en une seule injection.

**Rappel important pour les parents :** si votre enfant se fait vacciner chez un fournisseur de soins de santé, avisez le **Service de santé publique de Sudbury et du district**. Cette étape est importante pour garder son carnet d'immunisation à jour.

705.522.9200 | 1.866.522.9200 (sans frais) | [www.sdhu.com](http://www.sdhu.com)

Service de santé publique de Sudbury et du district  
Sudbury & District Health Unit  
Juin 2013

Les renseignements personnels contenus dans le présent formulaire sont recueillis en vertu de l'autorité d'une ou de plusieurs des lois (modifiées) suivantes : la Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990, la Loi sur l'immunisation des élèves, L.R.O. 1990, et la Loi sur les professions de la santé réglementées, L.O. 1991. Ils respectent les dispositions de la Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée, L.R.O. 1990, et de la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé, L.O. 2004. Ces renseignements servent à s'assurer que les personnes reçoivent tous les soins personnels et les services de santé publique appropriés, et que les données statistiques nécessaires sont conservées. Les questions concernant leur collecte devraient être adressées à l'agent de la protection de la vie privée au Service de santé publique de Sudbury et du district, 1300, rue Paris, Sudbury ON P3E 3A3, (705) 522-9200.



AZILDA  
LEVACK  
ST-ANNE  
ST-JOSEPH SUDBURY  
VALLEY VIEW

COLLÈGE BORÉAL  
MAGICAL NOOK  
ST-AUGUSTIN  
ST-JOSEPH HANMER  
ERNIE CHECKERIS

DOWLING  
NOTRE-DAME  
ST-DENIS  
ST-THÉRÈSE



## PROGRAMME

---

### LOI SUR L'ACCÈS À L'INFORMATION ET LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

Les renseignements contenus dans les formulaires ci-joints et dans d'autres documents ou ouvrages utilisés dans les programmes du Centre sont recueillis en vue de fonctionnement de ses programmes.

Le Centre pivot du Triangle magique est autorisé à recueillir ces renseignements aux termes de la loi sur les garderies, L.R.O., 1980, règl. 235, tel que modifié. Les questions concernant cette procédure devront être adressées au:

Centre pivot du Triangle magique  
4120, promenade Elmview  
Hanmer (Ontario) P3P 1S6

ou au numéro de téléphone (705) 969-8685

\_\_\_\_\_  
Signature du parent / tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de la chef d'équipe

\_\_\_\_\_  
Date