



95 Merry Nord, bureau 213
Magog, Québec, J1X 2E7
819-868-0299
info@handroits.org

Formulaire d'inscription au Service de garde 24-25

Identification du participant

Prénom et nom :	Date naissance :
Adresse :	

Identification du parent/tuteur N°1

Nom :	Lien avec l'enfant :
Adresse :	
Téléphone :	Courriel :
Numéro d'assurance sociale :	*Relevé 24 – Frais de garde
Garde partagée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Identification du parent/tuteur N°2

Nom :	Lien avec l'enfant :
Adresse :	
Téléphone :	Courriel :

Contact en cas d'urgence (autre que les parents/tuteur)

Nom :	Lien avec l'enfant :
Contact téléphonique :	
Nom :	Lien avec l'enfant :
Contact téléphonique :	

Information de santé

Est-ce que mon enfant doit prendre une médication durant les heures d'activité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifiez (nom du médicament, raison, posologie) :

Inscription aux activités

Brochures explicatives de chaque service en annexe.

Activité	Participation	Horaire	Prix	Paiement
<input type="checkbox"/> Service de garde 30 août 2024 au 25 juin 2025 8h00 à 16h00	Veuillez inscrire vos besoins dans le calendrier ci- dessous à titre informatif .	Selon le calendrier	10\$/jour	Facturé tous les mois

Le formulaire d'inscription que vous remplissez aujourd'hui est pour l'année scolaire 2024-2025. Vous recevrez par courriel un formulaire d'inscription pour chaque journée pédagogique inscrite au calendrier et vous **aurez la possibilité**, à ce moment, **d'inscrire ou ne pas inscrire** votre enfant aux journées pédagogiques offertes.

Le tableau de présence ci-dessous à remplir **est à titre informatif seulement** afin de connaître vos besoins et **il ne constitue pas une inscription officielle**.

30 août 24	<input type="checkbox"/>	20 septembre 24	<input type="checkbox"/>	11 octobre 24	<input type="checkbox"/>	1 ^{er} novembre 24	<input type="checkbox"/>	22 novembre 24	<input type="checkbox"/>
6 déc. 24	<input type="checkbox"/>	6 janvier 25	<input type="checkbox"/>	7 février 25	<input type="checkbox"/>	3 mars 24	<input type="checkbox"/>	4 mars 25	<input type="checkbox"/>
5 mars 25	<input type="checkbox"/>	6 mars 25	<input type="checkbox"/>	7 mars 25	<input type="checkbox"/>	10 mars 25	<input type="checkbox"/>	28 mars 25	<input type="checkbox"/>
16 mai 25	<input type="checkbox"/>	6 juin 25	<input type="checkbox"/>	23 juin 25	<input type="checkbox"/>	25 juin 25	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Mentions légales

Contrat de service à exécution successive relatif à un enseignement, un entraînement ou une assistance.

« Le consommateur (client) peut résilier le présent contrat à tout moment en envoyant la formule ci-annexée ou un autre avis écrit à cet effet au commerçant (l'organisme). Le contrat est résilié, sans autre formalité, dès l'envoi de la formule ou de l'avis.

Si le consommateur résilie le contrat après que le commerçant ait commencé à exécuter son obligation principale, le consommateur n'a à payer que :

- Le prix de services qui lui ont été fournis, calculé au taux stipuler dans le contrat; **et**
- la moins élevée des deux sommes suivantes : soit 50\$, soit une somme représentant au plu
- s 10% du prix des services qui ne lui ont pas été fournis.

Dans les 10 jours qui suivent la résiliation du contrat, le commerçant doit restituer au consommateur l'argent qu'il lui doit. Le consommateur aura avantage à consulter les articles 190 à 196 de la *Loi sur la protection du consommateur* (chapitre P-40.1) et, au besoin, à communiquer avec l'Office de la protection du consommateur. »

Méthodes de paiement

Activité (nom, description, dates début-fin, heures de service), montants et dates des versements, type de facturation, prix total de l'activité, modalités de paiement, modalités d'inscription :

- a) chèque au nom de l'organisme Han-Droits ;
- b) argent comptant ;
- c) virement *Interac* à l'adresse courriel info@handroits.org

**Des intérêts au taux de 1% par mois, soit un total de 12% par année, s'ajouteront à toute facture impayée. **Le total des frais facturés par une institution financière sera chargé pour tout chèque sans provision.*

Pour toute question concernant la facturation, les paiements ou pour une entente de paiement, veuillez communiquer avec Jenny Hamel au 819-868-00299 poste 101 ou par courriel à info@handroits.org

Attestations

Je soussigné.e, atteste que les renseignements de ce formulaire sont exacts et représentatifs de la personne que j'inscris aux activités de l'organisme Han-Droits et que j'ai pris connaissance des critères d'admissibilité de chaque activité auxquelles j'ai inscrit mon enfant.

L'organisme Han-Droits a la possibilité de mettre fin à la participation de mon enfant à une ou plusieurs activités si son comportement menace sa sécurité et/ou celle des autres malgré les interventions mises en place.

Signature du parent/tuteur légal : _____ Date : _____



Autorisations

J'autorise mon enfant à voyager dans les véhicules des intervenants de l'organisme Han-Droits pour se rendre sur les lieux des activités prévues au calendrier **Oui** **Non**

J'autorise mon enfant à quitter les lieux de l'activité seul à la fin de l'activité **Oui** **Non**

J'autorise que mon enfant soit pris en photo à des fins promotionnelles (dépliant, conférence de presse, site Internet, etc.) par l'organisme Han-Droits **Oui** **Non**

J'autorise l'organisme Han-Droits à entrer en contact avec l'intervenant de l'établissement de santé au dossier de mon enfant, au besoin **Oui** **Non**

J'autorise l'organisme Han-Droits à entrer en contact avec l'équipe-école de mon enfant, au besoin **Oui** **Non**

J'autorise l'organisme Han-Droits à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si les intervenants le jugent nécessaire, je les autorise à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un centre hospitalier ou une clinique de santé **Oui** **Non**

J'autorise l'organisme Han-Droits à utiliser les produits suivants avec mon enfant au besoin :

crème solaire **Oui** **Non**

lotion *chasse moustique* **Oui** **Non**

Acétaminophène (Tylenol) **Oui** **Non**

Ibuprofène (Advil) **Oui** **Non**

J'autorise mon enfant à quitter les lieux de l'activité avec les personnes suivantes :

Nom	Lien avec le participant	Numéro de téléphone

Signature : _____ Date : _____



Han-Droits
95 rue Merry Nord, local 213
Magog, Québec, J1X 2E7

Date d'envoi du formulaire

En vertu de l'article 193 de la Loi sur la protection du consommateur, je résilie le contrat _____ conclut le _____ à _____.

Nom et prénom du consommateur.

Adresse du consommateur.

Signature : _____ Date : _____