

CHILD'S SCHOOL ÉCOLE DE L'ENFANT	<input type="checkbox"/> BLESS <input type="checkbox"/> ESC <input type="checkbox"/> WES
BUS # # D'AUTOBUS	

Out of School Care Centre (OSCC) Registration Form

Formulaire d'inscription du centre extrascolaire

Section A – Participant		Start Date/Date de début:
LAST NAME/ NOM DE FAMILLE:	FIRST NAME/ PRÉNOM:	DATE OF BIRTH/ DATE DE NAISSANCE:
ADDRESS/ADRESSE:		GRADE/ANNÉE SCOLAIRE:

Section B – Guardians/Authorized Persons / Tuteurs et personnes autorisées	
GUARDIAN #1 NAME/NOM DU TUTEUR #1:	RELATIONSHIP TO CHILD/ LIEN AVEC L'ENFANT:
RANK & UNIT/GRADE ET UNITÉ:	HOME PHONE/ TÉLÉPHONE À LA MAISON:
TAX RECEIPT ADDRESS (INCLUDING P.O. BOX) ADRESSE POUR REÇU D'IMPOT (INCLUANT LA BOITE POSTALE):	CELL PHONE / TÉLÉPHONE CELLULAIRE:
	WORK PHONE/ TÉLÉPHONE AU TRAVAIL:
GUARDIAN #2 NAME/ NOM DU TUTEUR #2:	RELATIONSHIP TO CHILD/ LIEN AVEC L'ENFANT:
RANK & UNIT/ GRADE ET UNITÉ:	HOME PHONE/ TÉLÉPHONE À LA MAISON:
	CELL PHONE / CELLULAIRE OU AUTRE:
	WORK PHONE/ TÉLÉPHONE AU TRAVAIL:
EMERGENCY CONTACT (OTHER THAN GUARDIANS, MUST BE LOCAL): CONTACT EN CAS D'URGENCE (AUTRE QUE LES TUTEURS, DOIT ETRE LOCAL):	PHONE #1/ TÉLÉPHONE #1:
	PHONE #2/ TÉLÉPHONE #2:
PERSONS AUTHORIZED TO PICK UP CHILD/ PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT:	
1.	3.
2.	4.
IS THERE ANYONE WHO IS <u>NOT</u> AUTHORIZED TO PICK UP YOUR CHILD (PLEASE PROVIDE DOCUMENTATION)/ EST-CE QU'IL Y A QUELQU'UN QUI <u>N'EST PAS</u> AUTORISÉ A VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT (VEUILLEZ FOURNIR LA DOCUMENTATION):	

Section C – Special Instructions

PLEASE DETAIL ANY SPECIAL NEEDS :

VEUILLEZ DÉTAILLER LES BESOINS SPÉCIAUX, S'IL Y A LIEU:

DOES THIS CHILD HAVE A SUPPORT WORKER BASED ON SPECIAL NEEDS? (NOTE: IT IS THE RESPONSIBILITY OF THE FAMILY TO MAKE ALL ARRANGEMENTS FOR SPECIAL NEEDS WORKERS. FAMILIES ARE ALSO RESPONSIBLE FOR ANY ASSOCIATED COSTS.)

EST-CE QUE L'ENFANT EST ASSISTÉ PAR UNE PERSONNE EN RAISON DE SES BESOINS SPÉCIAUX? (LA FAMILLE EST RESPONSABLE DE PRENDRE TOUS LES ARRANGEMENTS NÉCESSAIRES POUR LES ASSISTANTS ET DOIT AUSSI EN ASSUMER TOUS LES FRAIS)

PLEASE LIST ANY HEALTH CONCERNS, **INCLUDING LIFE THREATENING ALLERGIES**, THAT STAFF WOULD NEED TO BE AWARE OF:

VEUILLEZ ÉNUMÉRER TOUS LES PROBLÈMES DE SANTÉ, **INCLUANT LES ALLERGIES POTENTIELLEMENT MORTELLES**, QUE LE PERSONNEL DEVRAIT CONNAÎTRE:

PLEASE LIST ANY SPECIAL DIETARY REQUIREMENTS:

VEUILLEZ ÉNUMÉRER TOUS LES BESOINS SPÉCIAUX EN MATIÈRE DE NUTRITION:

PLEASE LIST ANY MEDICATIONS THIS CHILD IS REQUIRED TO TAKE WHILE ATTENDING THE PROGRAM, AS WELL AS ADMINISTRATION INSTRUCTIONS:

VEUILLEZ ÉNUMÉRER TOUTE LA MÉDICATION QUE L'ENFANT DOIT PRENDRE LORSQU'IL PARTICIPE AU PROGRAMME, DE MÊME QUE LA FAÇON D'ADMINISTRER LA MÉDICATION:

(continued/suite à la page suivante)

Section D – Waivers

Participant Name/ Nom du participant: _____

Guardian Name/ Nom du tuteur: _____

Please initial next to each applicable policy and sign below.

Veillez inscrire vos initiales au côté de chacune des politiques énumérées ci-dessous et signez au bas de la page.

	<p>Photo Permission - I give permission for my child's photo/artwork to be used in any Wainwright Military Family Resource Centre (WMFRC) promotional materials, including the website, newsletter, posters, brochures, flyers, displays, newspaper submissions, etc.</p> <p>Permission pour les photos – J'accepte que mon enfant soit pris en photo et que les photos soient utilisées dans n'importe quel matériel promotionnel du Centre de ressources pour les familles militaires de Wainwright (CRFMW) incluant le site web, le bulletin, les affiches, les brochures, les présentations, les journaux, etc.</p>
	<p>Excursion Permission - I hereby authorize my child to attend all field trip excursions for which he/she is registered. (Please refer to program handbook for detailed policies on field trips.)</p> <p>Permission pour les sorties – J'autorise mon enfant à participer à toutes les sorties auxquelles il est inscrit. (Référez-vous au guide du programme pour les politiques détaillées concernant les sorties.)</p>
	<p>Allergy Policy: To ensure safe and inclusive programming for those with severe and/or life-threatening allergies, the WMFRC has established the following policy with regard to any allergies of participants that result in an anaphylactic reaction:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. The parent/guardian is responsible for notifying the Program Manager. 2. Notification of the allergy will be posted within the building 3. Staff and community members will be asked not to bring the allergen on the premises. <p>Politique des allergies: Afin d'assurer un programme sécuritaire et inclusif pour les participants ayant une/des allergie(s) sévère(s) et/ou mortelle(s), le CRFMW a établi les politiques suivantes en ce qui concerne les allergies des participants pouvant mener à une réaction anaphylactique :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le parent/tuteur est responsable d'en aviser le superviseur des programmes ; 2. Un avis de l'allergie sera affiché dans l'établissement ; 3. Il sera demandé au personnel et aux membres de la communauté de ne pas apporter l'allergène en question.
	<p>Waiver of Liability – I release the WMFRC and its agents, servants, employees, Board of Directors, and volunteers from any claims, demands, rights, and caused action of any kind arising from any accident or injury sustained by the above-mentioned participant at the time of or resulting from the activities of this excursion.</p> <p>Dégagement de responsabilité – Je dégage le CRFM de Wainwright et ses agents, ses fonctionnaires, ses employés, son conseil d'administration et ses bénévoles de toute réclamation, demande, droit ou cause de toute action résultant d'un accident ou d'une blessure subie par le participant mentionné précédemment, au moment de la sortie ou résultant de l'une des activités de la sortie.</p>
	<p>Financial Policy – I have reviewed and understand the Financial Administration Policy in the program handbook. I understand that payment is due in advance by the first program day of each month and that late payment is subject to a charge of \$5.00 per business day, per participant. I understand that the late payment policy will be strictly enforced.</p> <p>Politique de gestion financière – J'ai lu et je comprends la politique de gestion financière qui se trouve dans le guide du programme. Je comprends que le paiement doit être fait à l'avance, le premier jour du programme pour chaque mois et que les retards de paiements sont sujets à des frais de 5\$ par jour ouvrable par participant. Je comprends que cette politique relative aux paiements en retard sera appliquée de façon stricte.</p>

	<p>Late Pick Up Policy - I understand that I must pick my child up no later than 5:00 pm and that should I fail to do so, regardless of the reason, I will be charged \$5.00 for each 10 minute period that my child remains at OSCC beyond the closing time. I further acknowledge that persistent lateness (five incidents) will result in the cancellation of my child's enrolment at the centre.</p> <p>Politique de retard – Je comprends que je dois venir chercher mon enfant au plus tard à 17h. Si je suis en retard, peu importe la raison, je devrai payer 5\$ pour chaque 10 minutes supplémentaires que mon enfant demeure au centre. Je comprends qu'après 5 retards, la participation de mon enfant au centre sera annulée.</p>
	<p>Medical Waiver - I give permission for the OSCC coordinators to administer medication to the child named above in the manner described here:</p> <p>Consentement médical - Je donne la permission au personnel du CRFM de Wainwright d'administrer la médication à l'enfant mentionné plus haut, de la façon expliquée ci-dessous:</p> <div style="background-color: #cccccc; height: 40px; margin: 10px 0;"></div> <div style="background-color: #cccccc; height: 40px; margin: 10px 0;"></div> <p>All medications will be handled according to the Medication Policy found in the parent handbook given to each participant's guardian.</p> <p>Toute la médication sera gérée selon la politique de médication décrite dans le guide des parents remis aux parents/tuteurs de chaque participant.</p>

Information collected by Wainwright Military Family Resource Centre (WMFRC) will be used solely for WMFRC purposes under strict confidentiality in compliance with the Privacy Code for Military Family Services Program. The WMFRC OSCC reserves the right to cancel this agreement as deemed advisable after consultation with the parent/guardian, the coordinator, the Program Manager and the Executive Director.

L'information recueillie par le Centre de ressources pour les familles militaires de Wainwright (CRFMW) sera utilisée uniquement par le CRFMW en conformité avec la politique de confidentialité du Programme des services aux familles des militaires. Le centre extrascolaire du CRFMW se réserve le droit d'annuler cette entente si jugé opportun, après consultation avec les parents/gardiens, la coordonnatrice et la directrice général.

I hereby give my consent to the waivers and policies which I have initialled. I acknowledge that I have been given a copy of the program Handbook and I agree to abide by all policies outlined therein and on this form.

Par la présente, je donne mon consentement à toutes les politiques pour lesquelles j'ai apposé mes initiales. Je reconnais que j'ai reçu une copie du guide du programme et j'accepte de me conformer à toutes les politiques qui y sont décrites, de même que celles décrites sur ce formulaire.

 Parent/Guardian Signature
 Signature du parent/tuteur

 Date