



Casual Childcare Centre Registration Booklet

*Livret d'inscription du
Centre de halte-garderie
occasionnelle*



GMFRC REGISTRATION PACKAGE / TROUSSE D'INSCRIPTION DU CRFMG

ALL FORMS ARE CLASS "A" WHEN COMPLETED
LES FORMULAIRES SONT PROTÉGÉS CATÉGORIE « A » LORSQUE REMPLIS

STAFF USE ONLY / RÉSERVÉ À L'USAGE DU PERSONNEL

Yes / Oui No / Non Photos / Photos

Yes / Oui No / Non Walk Form / Formulaire d'autorisation de promener l'enfant

Daily sheet required until / Feuille quotidienne journalière jusqu'à: _____

Admission Date / Date d'admission: _____ Discharge Date / Date de départ: _____

Registration form must be complete before accessing services.

Le formulaire d'inscription doit être complet avant d'accéder aux services.

REGISTRATION FORM / FORMULAIRE D'INSCRIPTION

(*) are required fields / sections obligatoires

* Child's Name / Nom de l'enfant: _____ Pronoun(s) / Pronom(s): _____

* Age / Âge: _____ * Date of Birth / Date de naissance: _____

*Address / Adresse: _____

* Parent /Guardian / Parent/gardienne: _____ Pronoun(s) / Pronom(s): _____

* Primary Phone / Téléphone principal: _____ * Work Phone / Téléphone du travail _____

* Email / Courriel: _____

Parent /Guardian / Parent/gardienne: _____ Pronoun(s) / Pronom(s): _____

Primary Phone / Téléphone principal: _____ * Work Phone / Téléphone du travail _____

Email / Courriel: _____

* Family Type (select one) / Type de famille (choisir un)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Regular Force / Force régulière | <input type="checkbox"/> Reservist / Réserviste |
| <input type="checkbox"/> Retired Military - Veteran / Militaire retraité - Vétéran | <input type="checkbox"/> Dual Service Couple / Couple de militaires |
| <input type="checkbox"/> Preparing for Medical Release / Préparation à la libération médicale | <input type="checkbox"/> Other / Autre |
| <input type="checkbox"/> Defence Team (RCMP-DND-NPF) / L'équipe de la défense (GRC, MDN, FNP) | |
| <input type="checkbox"/> Medically Released Veteran on or after April 1, 2018 / Vétéran libéré pour raison médicale le 1 ^{er} avril 2018 ou après | |
| <input type="checkbox"/> Medically Released Veteran before April 1, 2018 / Vétéran libéré pour raison médicale avant le 1 ^{er} avril 2018 | |

Emergency Contact / Contact en cas d'urgence: _____

Pronoun(s) / Pronom(s): _____

Primary Phone / Téléphone principal: _____ Work Phone / Téléphone du travail _____

Email / Courriel: _____

Persons authorized to pick up your child / Personnes autorisées à venir chercher votre enfant:

Name / Nom: _____ Pronoun(s) / Pronom(s): _____

Relationship / Lien de parenté: _____

Primary Phone / Téléphone principal: _____ *Work Phone / Téléphone du travail: _____

Name / Nom: _____ Pronoun(s) / Pronom(s): _____

Relationship / Parenté: _____

*Primary Phone / Téléphone principal: _____ *Work Phone / Téléphone du travail: _____

Medical Information / Information médicale:

If no, or incomplete, emergency contact, or doctor's information, is provided, please check applicable / Si les contacts d'urgence et médecin sont incomplets ou pas fournis, veuillez indiquer la raison:

New to area / nouveaux arrives No Physician / aucun médecin Other / Autre: _____

Does your child have any special medical, physical, or emotional needs that the staff should be aware of? Please include allergies. Votre enfant a-t-il des besoins médicaux, physiques ou affectifs particuliers dont le personnel devrait être mis au courant? Veuillez inclure des allergies. YES / OUI NO / NON

Provide details/ Précisez: _____

Physician or clinic / Médecin de l'enfant: _____

Phone Number / Numéro de téléphone: _____

Address / Adresse: _____

*N.S. Health Card Number / Numéro de la carte d'assurance-maladie de la N.-É: _____

*Out of Province Health Card Number (if applicable) / Numéro de la carte d'assurance-maladie d'une autre province (si applicable): _____

Request for Medical Attention in Emergency Situations Form

Formulaire de demande de soins médicaux en cas de situation d'urgence

PLEASE READ CAREFULLY AND SIGN / LIRE ATTENTIVEMENT ET SIGNER

I authorize the Greenwood Military Family Resource Centre, to request medical attention by a private physician or hospital personnel on behalf of my child due to sudden illness or emergency if I cannot be reached.

I release and discharge the Greenwood Military Family Resource Centre, its employees and volunteers, and the Department of National Defence from any claims, injuries, losses, or liabilities suffered or incurred as a result of my child's participation in the Casual Childcare Program. I have received and read a copy of the GMFRC Parent Handbook.

J'autorise le Centre de ressources pour les familles militaires de Greenwood à demander à un médecin non affilié ou au personnel hospitalier de prodiguer des soins médicaux à mon enfant en raison d'une maladie subite ou d'une urgence, s'il est impossible de me rejoindre.

Je ne tiens aucunement responsable le Centre de ressources pour les familles militaires de Greenwood, ses employés et ses bénévoles, ni le ministère de la Défense nationale, de toutes réclamations, blessures, pertes ou responsabilités, subies ou engagées à la suite de la participation de mon enfant au Centre de la halte-garderie. J'ai reçu et lu le Manuel des parents du CRFMG.

Signature of Parent/Guardian / Signature du parent/gardien (gardienne)

Date

IMMUNIZATION INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LA VACCINATION

Please provide immunization dates in the table below or provide a photocopy of the immunization record. / Veuillez fournir les dates des vaccinations dans le tableau ci-dessous ou fournir une photocopie du dossier de vaccination.

The Nova Scotia Day Care Act and Regulations require immunization information be current and up to date prior to the child's first day of attendance. If immunization record is not provided, the reason must be noted as per licensing regulation 31(4). / La Loi et le Règlement de la garderie de la Nouvelle-Écosse exigent que les renseignements sur la vaccination soient à jour avant la première journée de la présence de l'enfant. Si le dossier d'immunisation n'est pas fourni, la raison doit être indiquée conformément à l'article 31 (4) du Règlement sur l'octroi de permis.

Name of Immunization <i>Nom des vaccins</i>	2 months/mois	4 months/mois	6 months/mois	12 months/mois	18 months/mois	4-6 years/ans
DTaP, IPV, Hib / CaPT,VPI, Hib						
MMRV/RROV						
Varicella / Varicelle						
Men C Conj. Méningocoque C conjugué						
Pneumo Conj. Pneumocoque conjugué						
Tdap-IPV / dacT-VPI						
Other / Autres						

IMMUNIZATION EXEMPTION / EXEMPTION D'IMMUNISATION

I, _____, have chosen not to immunize my child. I accept full responsibility for the health of my child. In the event of any infectious condition, my child will remain at home. I further understand that during the course of an outbreak of any so called "immunized preventable disease" at your facility, my child is subject to exclusion from your facility for the duration of the outbreak.

Je, _____, déclarer que nous avons choisi de ne pas faire immuniser notre enfant. Nous acceptons la pleine responsabilité de la santé de notre enfant. Dans l'éventualité d'une propagation infectieuse, notre enfant restera à la maison. Nous comprenons que si une élosion de ce que nous appelons « une maladie évitable par la vaccination » survenait à votre emplacement, notre enfant serait sujet à l'exclusion de votre emplacement pour la durée de la crise.

Signature of Parent or Guardian / Signature du parent ou gardien (ne)

Date

Note: Immunization is not required by law in Nova Scotia, but the Nova Scotia Department of Health and Wellness and Public Health endorse and strongly recommend that all infants, preschooler, children, youth and other "at-risk" populations are immunized. Immunizing children is an important aspect of preventing communicable diseases. Reference: Guidelines for Communicable Disease Prevention and Control for Child Care Settings revised 2015. / Bien que l'immunisation ne soit pas requise par la loi en Nouvelle-Écosse, le ministère de la Santé et du Mieux-être et la Santé publique recommande fortement que tous les bébés, les enfants d'âge préscolaire et d'âge scolaire, les jeunes et les autres personnes « à risque » soient immunisés. L'immunisation des enfants fait partie intégrante de la prévention de maladies transmissibles. Reference : Lignes directrices pour la prévention et le contrôle des maladies transmissibles – milieu de garde d'enfants [Communicable Disease Prevention and Control for Child Care Settings], révisées en 2015.

FEE STRUCTURE / GRILLE DE TARIFS

- **Casual Childcare Centre fees must be paid at the time of use.** If multiple spaces are booked in Casual Childcare during the same week, then payment is due at the Casual Childcare Centre on the last day booked before closing. *Les frais du Centre de halte-garderie occasionnelle doivent être payés au moment de l'utilisation des services. Si plusieurs créneaux horaires sont réservés au cours d'une même semaine à la garderie, le paiement est exigé le dernier jour de présence, avant la fermeture du Centre.*
- Fees are payable by cash, debit, Visa/MasterCard, or cheque.
 - Cheques are made payable to: GMFRC. *Les chèques doivent être libellés à l'ordre du CRFMG.*
 - A “Non-Sufficient Funds” cheque will result in a \$25 NSF charge. *Un chèque sans provision entraînera des frais de 25 \$.*
 - Two “NSF” cheques will result in the GMFRC no longer accepting cheques and all future payments must be made in cash. / *Le CRFMG n'acceptera plus de chèques de la part des personnes qui auront émis deux chèques sans provision. Ces personnes devront par la suite effectuer tous leurs paiements en espèces.*
- Receipts will be provided at time of payment. If applicable, please keep your receipts for income tax purposes. / *Un reçu sera remis au moment du paiement. Si applicable, veuillez garder vos reçus aux fins d'impôt.*
- Accounts which are in arrears will be forwarded for collections and/or to the chain of command, if applicable. / *Les comptes en souffrance feront l'objet de mesures de recouvrement et / ou à la chaîne de commandement, le cas échéant.*

Casual Childcare Program / Services de garderie d'enfants occasionnels

LATE FEE POLICY / RÈGLEMENTS CONCERNANT LES FRAIS DE RETARD

- In the case where a parent arrives late to pick up a child, there will be a late fee charged. *Les parents qui arriveront après l'heure de fermeture pour aller chercher un enfant se verront imposer des frais de retard.*
- The Late Fee charge is \$15.00 per 15 minutes. Payment for late fees must be made immediately at the time of pickup. *Les frais de retard sont de 15 \$ pour chaque tranche de 15 minutes. Le paiement des frais de retard doit être effectué immédiatement au moment du ramassage.*

Program / Programme	Cost / Coût
Infant Program - Full Day (more than 4 hours) <i>Programme pour les nourrissons - journée complète (plus de 4 heures)</i>	\$35.00/day 35 \$ par jour
Infant Program - Half Day (4 hours or less) <i>Programme pour les nourrissons - demi-journée (4 heures ou moins)</i>	\$20.00/day 20 \$ par jour
Multi-aged Program - Full Day (more than 4 hours) <i>Programme pour les enfants de tous âges – journée complète (plus de 4 heures)</i>	\$27.00/day 27 \$ par jour
Multi-aged Program - Half Day (4 hours or less) <i>Programme pour les enfants de tous âges – demi-journée (4 heures ou moins)</i>	\$15.00/day 15 \$ par jour
Family Discount: <i>Tarif familial (2 enfants ou plus)</i>	\$5.00 off the family total (full day rate only) 5 \$ déduit du tarif journalier

CANCELLATION FEE / FRAIS POUR DÉFAUT D'ANNULATION

- Cancellations for the Casual Childcare Centre must be made 24 hours in advance of scheduled date. If cancellation is less than 24 hours a cancellation fee of the scheduled daily fee will be applied to your account. *Les annulations pour le Centre de halte-garderie occasionnelle doivent être faites 24 heures avant le jour de la réservation. Si une annulation prend place avec moins de 24 heures, le plein montant du tarif de la réservation prévue sera facturé à votre compte en guise de frais d'annulation.*
- The Casual Childcare Centre has a 24 hour voice mail available at 902-765-1494 local 1817. Messages can be left at any time. *Le Centre de garderie occasionnelle dispose d'une boîte vocale accessible 24 h sur 24 (902-765-1494 poste 1817). Vous pouvez donc laisser un message au moment qui vous convient.*

WALK FORM / PERMISSION DE PROMENADE

Please initial / Veuillez apposer vos initiales

I hereby give permission to the staff of the GMFRC Casual Childcare Centre for my child to participate in walks around the GMFRC and the surrounding neighbourhood. Children must be dressed appropriately for the weather. / *Par la présente, j'autorise le personnel du Centre de halte-garderie occasionnelle du CRFMG et / ou des Programmes préscolaires du CRFMG à permettre à mon enfant de participer à des promenades dans les environs du CRFMG et dans le voisinage. Les enfants doivent être habillés en fonction des conditions météorologiques.*

I DO NOT give permission for my child to participate in walks around the GMFRC and/or the surrounding neighbourhood. / *Je NE donne PAS la permission à mon enfant de participer à des promenades dans les environs du CRFMG et dans le voisinage.*

CHILD QUESTIONNAIRE / QUESTIONNAIRE DE VOTRE ENFANT

To be completed for children aged 18 months to 12 years / À compléter pour les enfants de 18 mois à 12 ans

Please provide information on your child. / Veuillez fournir des informations sur la routine quotidienne de votre enfant.

Languages spoken at home / Langue parlée à la maison:

English / Anglais French / Français Other / Autre: _____

Describe your child's personality. / Décrivez la personnalité de votre enfant.

Daily Routine / Routine quotidienne:

Has your child attended a daycare or structured program? Votre enfant a-t-il déjà fréquenté une garderie ou a-t-il déjà participé à un programme structuré? YES / OUI NO / NON

Does your child separate easily? / Est-ce que votre enfant peut se détacher facilement?

YES / OUI NO / NON

Provide details / Précisez: _____

Does your child have any fears? / Est-ce que votre enfant a des craintes?

YES / OUI NO / NON

Provide details / Précisez: _____

Feeding Routine / Routine alimentaire:

Does your child have any diagnosed food allergies? / Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires diagnostiquées?

YES / OUI NO / NON

Does your child self-feed? / Est-ce que votre enfant se nourrit seul?

YES/OUI NO/NON

What are your child's eating habits? / Quelles sont les habitudes alimentaires de votre enfant?

Please provide any additional information you feel would be beneficial for the childcare staff.
Veuillez fournir toutes informations supplémentaires que vous estimez utiles pour le personnel de garde d'enfants.

Sleep Routine / Habitudes de sommeil

How does your child nap? / *Est-ce que votre enfant a l'habitude de faire la sieste?*

Does your child sleep with a comfort item? (soother, blanket, etc.)/ *Est-ce que votre enfant dort avec un article réconfortant? (sucette, couverture, etc.)*

YES / OUI NO / NON

Provide details / Précisez: _____

INFANT QUESTIONNAIRE / QUESTIONNAIRE POUR VOTRE NOURRISSON

To be completed for infants aged 3 months to 18 months. / À compléter pour les nourrissons de 3 à 18 mois.

Please provide information on your child's daily routine. / Veuillez fournir des informations sur la routine quotidienne de votre enfant.

Describe your child's personality. / Décrivez la personnalité de votre enfant.

Does your child use baby-sign language? / Est-ce que votre enfant utilise un langage bébé des signes?

YES / OUI NO / NON

Provide details / Précisez: _____

Daily Routine / Routine quotidienne:

Has your child been away from parents before? / Est-ce que votre enfant a déjà été éloigné des parents?

YES / OUI NO / NON

Provide details/ Précisez: _____

Does your child separate easily? / Est-ce que votre enfant peut se détacher facilement?

YES / OUI NO / NON

Provide details / Précisez: _____

Does your child have any fears? / Est-ce que votre enfant a des craintes?

YES / OUI NO / NON

Provide details / Précisez: _____

Sleep Routine / Habitudes de sommeil

How does your child nap? / Est-ce que votre enfant a l'habitude de faire la sieste?

When does your child usually nap and the duration? / Quand est-ce que votre enfant fait la sieste et pour combien de temps?

Does your child sleep with a comfort item? (soother, blanket, etc.) / Est-ce que votre enfant dort avec un article réconfortant? (sucette, couverture, etc.)

YES / OUI NO / NON

Provide details / Précisez: _____

Feeding Routine: / Routine alimentaire:

BOTTLE / BOUTEILLE CUP / TASSE OTHER/ AUTRE: _____

Does your child self-feed? / *Est-ce que votre enfant se nourrit seul?*

YES / OUI NO / NON

What are your child's eating habits? / *Quelles sont les habitudes alimentaires de votre enfant?*

Does your child have any special medical, physical, or emotional needs that the staff should be aware of?

Votre enfant a-t-il des besoins médicaux, physiques ou affectifs particuliers dont le personnel devrait être mis au courant?

Please provide any additional information you feel would be beneficial for the childcare staff.

Veuillez fournir toutes informations supplémentaires que vous estimez utiles pour le personnel de garde d'enfants.



CRFMG
Centre de ressources pour les familles militaires de Greenwood



PSFM
PROGRAMME DES SERVICES AUX FAMILLES DES MILITAIRES

AVM Morfee Centre / PO Box/C.P. 582 / Greenwood, NS (N.-É.) / B0P 1N0
Telephone/Téléphone : (902) 765-5611 / Fax/Télécopieur : (902) 765-1747
Email/Courriel : home@greenwoodmfrca.ca / Web site/Site Web : www.cafconnection.ca

CLASS "A" WHEN COMPLETED

GMFRC INFANT FEEDING PLAN

TO BE COMPLETED FOR INFANTS AGED 3 TO 17 MONTHS

Name of Child: _____

Date of Birth: _____

Age: _____

To Be Completed By Parent

At home, my baby drinks (check all that apply)	How often does your child usually feed?
<input type="checkbox"/> Breast fed <input type="checkbox"/> Bottle <input type="checkbox"/> Cup	
Formula (check all that apply)	Has your child started eating solid foods?
<input type="checkbox"/> Bottle <input type="checkbox"/> Cup	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Cow's milk or Other _____ (check all that apply)	If so, what foods are introduced?
<input type="checkbox"/> Bottle <input type="checkbox"/> Cup	
How does your child like their milk/formula	How often does your child eat solid food and how much?
<input type="checkbox"/> Body temperature <input checked="" type="checkbox"/> Slightly warm <input type="checkbox"/> cold	
Does your child self-feed? Provide details	

Details for Feeding

	Frequency of feeding	Approximate amounts per feeding	Is food prepared at home	Details
Breast milk/ Formula/Cow's milk				
Cereal (from home)				
Puree foods from home				
Table foods (childcare centre)				

Additional Information

Note: All items from home must be labelled and dated.

We have discussed the above plan, it will be updated on an as needed basis. All changes will be noted below and initialed.

Parent Signature

Date

Educator's Signature

Date

Any changes will be noted below and initialed by both the parent and the educator.

Date	Changes to Feeding Plan	Parent Initials	Educator's Initials

GMFRC PRIVACY CODE (Please read carefully and sign)

Principle #3 – Consent: The information on this form will be kept confidential and used only for the purpose for which it is collected within the Greenwood Military Family Resource Centre (GMFRC). The GMFRC adheres to the Military Family Services Privacy Code.

I hereby give my consent to the GMFRC to disclose this information to GMFRC staff and registered volunteers with respect to the above-indicated program, activity, and/or service.

Signed: _____ Date: _____ Witness: _____



Greenwood Military
Family Resource Centre

CRFMG
Centre de ressources pour les
familles militaires de Greenwood



PSFM
PROGRAMME DES SERVICES
AUX FAMILLES DES MILITAIRES

AVM Morfee Centre / PO Box/C.P. 582 / Greenwood, NS (N.-É.) / B0P 1N0
Telephone/Téléphone : (902) 765-5611 / Fax/Télécopieur : (902) 765-1747
Email/Courriel : home@greenwoodmfrca.ca / Web site/Site Web : www.connexionfac.ca

PROTÉGÉ « A » UNE FOIS REMPLI

PLAN D'ALIMENTATION POUR LES NOURRISSONS DU CRFMG **À REMPLIR POUR LES NOURRISSONS DE 3 À 17 MOIS**

Nom de l'enfant : _____ **Date de naissance :** _____

Âge : _____

Doit être rempli par le parent

À la maison, mon bébé est nourri (veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent) <input type="checkbox"/> au sein <input type="checkbox"/> au biberon <input type="checkbox"/> au gobelet	À quelle fréquence nourrissez-vous votre bébé?
Lait maternisé (veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent) <input type="checkbox"/> Biberon <input type="checkbox"/> Gobelet	Votre enfant a-t-il commencé à manger des aliments solides? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Lait de vache ou autre _____ (veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent) <input type="checkbox"/> Biberon <input type="checkbox"/> Gobelet	Si oui, quels aliments mange-t-il?
Comment votre enfant aime-t-il son lait ou son lait maternisé? <input type="checkbox"/> Température corporelle <input type="checkbox"/> Tiède <input type="checkbox"/> Froid	À quelle fréquence votre enfant mange-t-il des aliments solides? En quelle quantité?
Votre enfant mange-t-il seul? Veuillez fournir des détails.	

Précisions sur l'alimentation

	Fréquence d'alimentation	Quantité approximative par repas	Les aliments sont-ils préparés à la maison?	Détails
Lait maternel/lait maternisé/lait de vache				
Céréales (de la maison)				

Purée préparées à la maison				
Aliments ordinaires (garderie)				

Autres renseignements

Remarque : Tous les aliments doivent être étiquetés et datés.

Nous avons discuté du plan ci-dessus, et il sera mis à jour au besoin. Tous les changements seront consignés ci-dessous et paraphés.

Signature du parent

Date

Signature de l'éducateur.trice

Date

Tous les changements seront consignés ci-dessous et paraphés par le parent et l'éducateur.trice.

Date	Changements au plan d'alimentation	Initiales du parent	Initiales de l'éducateur.trice

CODE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DU CRFMG (Veuillez lire attentivement et signer)

Principe n° 3 – Consentement : Les renseignements figurant sur ce formulaire sont confidentiels et ne doivent servir qu'aux seules fins pour lesquelles ils ont été recueillis par le Centre de ressources pour les familles militaires de Greenwood. Le CRFM de Greenwood souscrit au Code de protection des renseignements personnels à l'usage du Programme des services aux familles des militaires.

Par la présente, j'autorise le CRFMG à divulguer ces informations au personnel du CRFMG et aux bénévoles inscrits en ce qui concerne le programme, l'activité et / ou le service susmentionné.

Signature du demandeur : _____ Date : _____ Témoin : _____



**Greenwood Military
Family Resource Centre**

CRFMG
Centre de ressources pour les
familles militaires de Greenwood



PSFM
PROGRAMME DES SERVICES
AUX FAMILLES DES MILITAIRES

AVM Morfee Centre / PO Box/C.P. 582 / Greenwood, NS (N.-É.) / B0P 1N0
Telephone/Téléphone : (902) 765-5611 / Fax/Télécopieur : (902) 765-1747
Email/Courriel : home@greenwoodmfrca.ca / Web site/Site Web : www.cafconnection.ca

CLASS "A" WHEN COMPLETED

PHOTO AUTHORIZATION AND RELEASE FORM

(CHILDREN UNDER 19 YEARS OF AGE MUST HAVE FORM COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN)

First Name:	Last Name:	Pronoun(s):	
Spouse/Partner First Name:	Spouse/Partner Last Name:	Pronoun(s):	
Primary Phone #:	Street Address:		
PO Box/RR# :	City:	Province :	Postal Code:
Email:			

I, _____
(Please print your first and last name clearly)

Please read and mark (X) one of the following below:

HEREBY GRANT AND ASSIGN the staff of the Greenwood Military Family Resource Centre (GMFRC), the legal right and permission to copyright and/or to publish and republish audio/visual images, portraits/pictures of me and/or my child/family while attending GMFRC programs at the AVM Morfee Centre or at different locations. I understand that this photograph or video segment may be edited and reproduced for any GMFRC purpose including but not limited to:

Publication for The Aurora Newspaper, GMFRC newsletters, GMFRC Website (www.cafconnection.ca), pamphlets, posters, flyers, Military Family Services Program (MFSP) "In-Focus" Newsletter," and display at public forums.

I waive my right to inspect or approve the finished product, advertising copy, printed or electronic matter that may be used in conjunction with the photograph(s) or video(s) and release the photographers, videographers, the GMFRC, and anyone acting under its authority from any liability whatsoever as a result of distortion, blurring, alteration, or optical illusion that may occur in the taking of the picture or video image, or processing or reproduction of the finished product.

I warrant that I am of full age and competent to enter into this agreement in my own name, and that I have read this Authorization and Release and I confirm that I understand and accept its terms. In alternative, I confirm that I am a minor and that the person(s) signing below on my behalf is/are my parent(s) or legal guardian(s).

DO NOT GRANT PERMISSION to publish and republish audio and visual images of myself or my family members.

SIGNATURE: _____ **DATE:** _____

If your child is under the age of 19, please fill in below:

First Name:	Last Name:	DOB (mm/dd/yr):
First Name:	Last Name:	DOB (mm/dd/yr):
First Name:	Last Name:	DOB (mm/dd/yr):
First Name:	Last Name:	DOB (mm/dd/yr):

Please note: The information on this form may be shared with the Director of Military Family Services (DMFS) if photographs are submitted for publication in an issue of the DMFS Field Quarterly Newsletter. The information will be treated as confidential and used only for the purpose for which it is collected within the Greenwood Military Family Resource Centre. The Greenwood MFRC and DMFS adhere to the Military Family Services Privacy Code.



CRFMG
Centre de ressources pour les familles militaires de Greenwood



PSFM
PROGRAMME DES SERVICES AUX FAMILLES DES MILITAIRES

AVM Morfee Centre / PO Box/C.P. 582 / Greenwood, NS (N.-É.) / B0P 1N0
Telephone/Téléphone : (902) 765-5611 / Fax/Télécopieur : (902) 765-1747
Email/Courriel : home@greenwoodmfc.ca / Web site/Site Web : www.cafconnection.ca

PROTÉGÉ « A » UNE FOIS REMPLI

FORMULAIRE D'AUTORISATION PHOTO ET DE DÉCHARGE

(LES ENFANTS DE MOINS DE 19 ANS DOIVENT FAIRE REMPLIR UN FORMULAIRE PAR LEUR PARENT / TUTEUR)

Prénom :	Nom de famille :		Pronom(s) :
Prénom de l'époux (se) / conjoint(e)	Nom de famille de l'époux (se) / conjoint(e)		Pronom(s) :
n° de téléphone principal :		Adresse du domicile :	
C.P. / # RR :	Ville :	Province :	Code postal :
Courriel :			

Je, _____
(S.v.p. inscrire votre nom lisiblement en lettres moulées)

S.v.p., lire et cocher (X) un des deux choix suivants :

ACCORDE par la présente au personnel du Centre de ressources pour les familles militaires de Greenwood, le droit légal et l'autorisation de reproduire et de publier ou republier des photographies ou des images vidéo me représentant ou représentant mon enfant ou ma famille participant aux programmes offerts par le CRFMG au Centre AVM Morfee ou ailleurs. Je consens à ce que ces photos ou images vidéo soient retouchées et reproduites pour les besoins du CRFMG, notamment aux fins suivantes :

Publication dans le journal Aurora, les bulletins du CRFMG, sur le site Web du CRFMG (www.cafconnection.ca), dans les brochures, affiches et dépliants du CRFMG, le bulletin « Point de mire » du Programme des services aux familles des militaires (PSFM) et lors d'exposition pour des activités publiques.

Je renonce au droit d'examiner ou d'approuver le produit fini, l'annonce ou le document imprimé ou électronique susceptible d'accompagner les photographies ou vidéos et décharge les photographes, les vidéastes, le CRFMG et toute personne agissant en son nom, de toute responsabilité en cas de distorsion, de flou, de modification consécutive à la prise de vue, au traitement ou à la reproduction du produit fini.

J'affirme avoir l'âge requis et les compétences pour conclure cette entente en mon propre nom, que j'ai lu le présent formulaire d'autorisation et de décharge et que j'en comprends et en accepte les conditions; ou je confirme que je suis mineur(e) et que la personne qui a signé ce document en mon nom est mon parent ou mon tuteur légal.

N'ACCORDE PAS LA PERMISSION de publier et republier des photographies ou des images vidéos me représentant ou représentant des membres de ma famille.

SIGNATURE : _____ **DATE :** _____

Si votre enfant est âgé de moins de 19 ans, s.v.p. remplir la section ci-dessous :

Prénom :	Nom de famille :	Date de naissance (aa, mm, jj) :
Prénom :	Nom de famille :	Date de naissance (aa, mm, jj) :
Prénom :	Nom de famille :	Date de naissance (aa, mm, jj) :
Prénom :	Nom de famille :	Date de naissance (aa, mm, jj) :

Attention : Les renseignements figurant sur ce formulaire peuvent être communiqués au Directeur des Services aux familles des militaires (DSFM) si les images doivent être publiées dans un numéro du bulletin trimestriel des Opérations régionales du DSFM. Ils demeureront confidentiels et seront utilisés uniquement aux fins pour lesquelles ils ont été recueillis par le CRFMG. Le CRFM de Greenwood et le DSFM adhèrent au Code de protection des renseignements personnels à l'usage du Programme des services aux familles des militaires.

ACKNOWLEDGEMENT / CONFIRMATION

By signing below I acknowledge that I have read and completed each of the forms in this, the GMFRC Casual Childcare Registration Booklet, for _____ and that I have received and read a copy
(Child's name)

of the GMFRC Casual Childcare Centre **Handbook**. /

En signant ci-dessous, je reconnais avoir lu et complété chacun des formulaires contenus dans ce document, le livret d'inscription pour les programmes de garderie d'enfants du CRFMG pour _____ et que j'ai reçu et lu une copie du manuel du Centre de halte-garderie occasionnelle du CRFMG.

(Nom de l'enfant)

FORMS INCLUDED IN PACKAGE / FORMULAIRES INCLUS DANS LA DOCUMENTATION

- Registration Form (signature required on form). / *Formulaire d'inscription (signature requise sur le formulaire)*
- Request for Medical Attention in Emergency Situations Form / *Formulaire de demande de soins médicaux en cas de situation d'urgence*
- Immunization Information - I have completed the immunization form and provided a copy of the immunization records. / *Information sur la vaccination – J'ai rempli le formulaire de vaccination et fourni une copie du carnet de vaccination.*
- Immunization Exemption Form (completed and signed form if child is not immunized). (if applicable) / *Formulaire d'exemption de vaccination (formulaire rempli et signé si l'enfant n'est pas vacciné). (s'il y a lieu)*
- Fee Structure / *Grille de tarifs*
- Late Fee Policy / *Politique sur les redevances tardives*
- Cancellation Fee / *Frais pour défaut d'annulation*
- Walk Form / *Formulaire d'autorisation de promener l'enfant*
- Child Questionnaire (if applicable) / *Formulaire d'autorisation de promener l'enfant*
- Infant Questionnaire (if applicable) / *Questionnaire sur les nourrissons (s'il y a lieu)*
- Infant Feeding Questionnaire (if applicable) / *Questionnaire sur les nourrissons (s'il y a lieu)*
- Walk Form / *Formulaire d'autorisation de promener l'enfant*
- Photo Release Form (signature required on form) / *Formulaire de publication de photos (signature requise sur le formulaire)*
- Acknowledgement / Confirmation

Children who have not attended the GMFRC Casual Childcare Centre in the past 6 months will be discharged from the program. New registration forms will be required before children may be booked back in the program. Failure to provide or complete registration paperwork will result in denial of service. GMFRC childcare staff reserve the right to deny service if licensing requirements are not met.

Les enfants qui n'ont pas assisté au Centre de halte-garderie occasionnelle du CRFMG au cours des 6 derniers mois, seront libérés du programme. De nouveaux formulaires d'inscription seront requis avant que les enfants ne soient inscrits dans le programme. Le défaut de fournir ou de compléter les documents d'enregistrement, entraînera un déni de service. Le personnel de garderie d'enfants du CRFMG se réserve le droit de refuser le service si les conditions de licence ne sont pas remplies.