

Nom du service de garde en milieu familial : \_\_\_\_\_ Mois : \_\_\_\_\_

**Présences**

Prénom et nom de l'enfant	Âge	* N/T/P/ M/S/ BSp	Présences anticipées (jours)	Présence réelles (jours)	Raison d'une absence prolongée	Horaire habituel de présence (ex. de 8 h à 17 h 30, du lundi au vendredi)

**Nombre de places à équivalent temps plein déclarées pour le mois**

* Nourrissons (de la naissance à 18 mois)	Tout-petits (de 19 mois à 3 ans)	Enfants d'âge préscolaire	Enfants à la maternelle	Enfants d'âge scolaire (1 <sup>re</sup> année et plus)

**Services de repas chauds**  
Seuls les services qui offrent deux collations et un repas par jour doivent joindre les menus ou les déclarations.

**Enfants habitant dans la maison**

Nom	Âge

**Frais mensuels – À compléter tous les mois**

	Temps plein	Temps partiel
Nourrissons		
Tout-petits		
Enfants d'âge préscolaire		
Enfants à la maternelle		
Enfants d'âge scolaire (1 <sup>re</sup> année et plus)		
Enfants à besoins spéciaux		

**Membres du personnel – l'exploitant, ses assistants et ses remplaçants (s'ils ont travaillé pendant le mois visé)**

Noms de l'exploitant et des employés	Niveau d'attestation d'éducatrice en garderie	N <sup>bre</sup> d'heures travaillées	Salaire horaire

**Déclaration :** Je déclare par les présentes que, à ma connaissance, les renseignements fournis ci-dessus sont exacts, et j'autorise le ministère de la Santé et des Affaires sociales à les vérifier en utilisant les moyens qu'il jugera nécessaires. De plus, je comprends que le fait de fournir des renseignements faux ou trompeurs pourrait donner lieu à des poursuites judiciaires ou annuler de façon temporaire ou permanente mon admissibilité au Programme de subvention directe de fonctionnement.

**Nota :** Toutes les sections doivent être remplies, les formulaires incomplets seront retournés.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'exploitant du service de garde en milieu familial

\_\_\_\_\_  
Date