

Affidavit

Je soussigné ou je soussignée, _____,
(Nom de famille, prénom)

Adresse (domicile)

Numéro de bureau | Numéro de la rue | Nom de la rue

Ville | Province | Code postal

Centre de garde / Agence de services de garde en milieu familial

déclare sous serment ou affirme solennellement ce qui suit :

1. L'immunisation entre en conflit avec mes convictions religieuses ou morales sincères.
2. Je signe cet affidavit pour me conformer aux exigences du paragraphe 35(2) du Règlement de l'Ontario 137/15 en vertu de la *Loi de 2014 sur la garde d'enfants et la petite enfance*, et pour aucun objectif autre ou inapproprié.

FAIT SOUS SERMENT OU AFFIRMÉ SOLENNELLEMENT devant moi

à _____
(Municipalité/Première Nation)

en/au/à _____
(Province)

le _____
(Date (aaaa/mm/jj))

Signature de la personne

Signature du commissaire aux affidavits ou de la commissaire aux affidavits

Nom tapé ou en lettres moulées si la signature est illisible
(nom de famille, prénom)

Les renseignements personnels du présent formulaire sont fournis à votre fournisseur de services de garde d'enfant en vertu du paragraphe 57(3) du Règlement de l'Ontario 137/15 de la *Loi de 2014 sur la garde d'enfants et la petite enfance*. Les renseignements peuvent être recueillis et utilisés par le ministère de l'Éducation afin de vérifier la conformité à ce paragraphe. Ils peuvent aussi être recueillis et utilisés par le médecin-hygiéniste conformément à l'alinéa 72(6)(a) du Règlement de l'Ontario 137/15 en vertu de la *Loi de 2014 sur la garde d'enfants et la petite enfance* afin de favoriser la santé et le bien-être des enfants. Les questions au sujet de cette collecte doivent être adressés à : Chef de la délivrance des permis et de la conformité, ministère de l'Éducation, 77, rue Wellesley Ouest, CP 980, Toronto ON M7A 1N3, ou posées en appelant le Service d'assistance concernant les services de garde agréés au 1 877 510-5333.

[Imprimer](#)[Retour à la 1re page](#)[Effacer](#)