Agreement with Inspection Requirements

Attestation de soumission aux exigences

Manitoba Family Services

Child Care Program

210-114 Garry Street
Winnipeg, MB R3C 4V4

Child Care Information
(204) 945-0776
Fax: (204) 948-2625
Toll Free: 1-888-213-4754
www.manitoba.ca/childcare

Services à la famille Manitoba

Programme de garde d'enfants

114, rue Garry, bureau 210
Winnipeg (Manitoba)
R3C 4V4

Renseignements sur la garde d'enfant
(204) 945-0776
Télécopieur : (204) 948-2625
Sans frais : 1 888 213-4754
www.manitoba.ca/gardedenfants

PLEASE PRINT / *VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES*

CENTRE/PROVIDER NAME: *NOM DE LA GARDERIE OU DU (DE LA) RESPONSABLE :*	FACILITY NO.: *NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT :*
ADDRESS: *ADRESSE :*	
CITY / TOWN: *VILLE OU VILLAGE :*	POSTAL CODE: *CODE POSTAL :*
CHILD CARE CO-ORDINATOR NAME : *NOM DU (DE LA) COORDONNATEUR(TRICE) DES GARDERIES D'ENFANTS :*	

This agreement indicates that the changes listed below have been made as required by the
La présente attestation indique que les changements énumérés ci-dessous ont été apportés selon

☐ child care centre inspection checklist dated / *la Liste d'inspection des garderies datée du* _____

☐ public health inspection checklist dated / *la Liste d'inspection sanitaire datée du* _____

☐ fire inspection report dated */ le Rapport d'inspection en matière de sécurité-incendie daté du* _____

STATE ALL CHANGES INDIVIDUALLY (please include regulation number where applicable) INDIQUEZ TOUS LES CHANGEMENTS INDIVIDUELLEMENT (veuillez inclure le numéro de règlement s'il y a lieu).	COMPLIANCE DATE/*DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DU CHANGEMENT*	FOR OFFICE USE ONLY/ *RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION*

TO BE SUBMITTED TO THE CHILD CARE PROGRAM BY (DATE)
VEUILLEZ RETOURNER LA PRÉSENTE FORMULE À LA DIRECTION DE LA GARDE D'ENFANTS AVANT LE (DATE) _____

Signature of Director or Family Child Care Provider: Title:
Signature du directeur ou du fournisseur de services de garderie familiale : _____ Titre de poste : _____

Name (please print) / Nom (en lettres moulées) :_____ Date: _____

FOR FUNDED CHILD CARE CENTRES AND NURSERY SCHOOLS / POUR LES GARDERIES ET LES PRÉMATERNELLES SUBVENTIONNÉES

*Signature of Board Member: Title:
*Signature du membre du conseil d'administration : _____ Titre de poste : _____

Name (please print) / Nom (en lettres moulées) :_____ Date: _____

*This confirms that the Board of Directors has discussed the licensing issues above and that compliance has been achieved.
*La signature confirme que le conseil d'administration a discuté les questions ci-dessus liées au permis et que les changements nécessaires ont été apportés.