

**Formulaire de contrat de prêt de tire-lait**

Programme de nutrition WIC du CDC de l’État du Maine

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’agence locale: | Modèle de la pompe tire-lait:Numéro de série de la pompe tire-lait:Numéro d’inventaire du tire-lait: |
| **Nom et numéro d’identification de la participante (la maman):** | **Nom et numéro d’identification du bébé:**  **Date de naissance du bébé:** |
| **Numéro de téléphone résidentiel:**  **Numéro de téléphone secondaire:** | **Nom d’une deuxième personne de contact:**  **Numéro de téléphone de la deuxième personne de contact:** |
| **Raison de l’emprunt du tire-lait:** | |

**Contrat de prêt:**

* Je comprends que le programme de nutrition WIC du CDC du Maine me prête un tire-lait.
* Je comprends que les tire-laits sont prêtés aux participantes sur une base prioritaire, et que je retournerai le tire-lait si on me le demande ou si une plus grande priorité que la mienne survenait.
* Je comprends que je devrais retourner le tire-lait si:
  + Je manque à mes rendez-vous ou je cesse de me rendre au WIC
  + Le bébé atteint son premier anniversaire
  + Le besoin médical n’existe plus
  + Le bébé reçoit un supplément de lait maternisé dépassant la quantité permise
  + Les employés de WIC ne parviennent pas à me joindre pour évaluer le besoin continu du tire-lait
* Je sais que je suis responsable de la pompe tire-lait et que je dois la remettre dans le même état qu’à sa réception
* Je comprends que si je ne retourne pas la pompe ou si je l’endommage, le programme WIC peut me tenir responsable pour le coût total de la pompe tire-lait. Je comprends que la pompe pourrait valoir mille (1.000) dollars.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du client Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du cosignataire (si le client a moins que 18 ans) Co-signature Numéro de téléphone du cosignataire

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature de l’employé du WIC Date Montage, utilisation & nettoyage passés en revue \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Initiales de l’employé

Date de renvoi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Initiales de l’employé: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_