



FICHE D'INSCRIPTION

INFORMATIONS SUR L'ENFANT	Date d'inscription
	Fréquentation désirée
	Date d'entrée désirée
	Fréquentation de l'enfant Lundi <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm Mardi <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm Mercredi <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm Jeudi <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm Vendredi <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm

Nom :		Prénom :	
Date de naissance :		Sexe :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse :		Téléphone :	
Langues parlées :		N° assurance maladie :	
Langues comprises :		Date d'expiration :	

INFORMATIONS SUR LES PARENTS

Nom de famille		
Prénom		
Date de naissance		
N° assurance sociale		
Adresse (N° civique, rue, ville, province et code postal)		
Téléphone à la maison		
Téléphone au travail		
Autre téléphone		
Courriel		

PERSONNES QUI VIENDRONT CHERCHER L'ENFANT AU SERVICE DE GARDE

Nom :	Téléphone :
Adresse :	
Nom :	Téléphone :
Adresse :	

AUTRES PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom :	Téléphone :
Adresse :	
Nom :	Téléphone :
Adresse :	

SANTÉ

Votre enfant souffre-t-il de :

- Asthme? OUI NON
Diabète? OUI NON
Trouble cardiaque? OUI NON
Maladie du cœur? OUI NON
Épilepsie? OUI NON
Étourdissement? OUI NON
Problème osseux? OUI NON
Autres? PRÉCISEZ : _____

Prend-il des médicaments?

OUI NON
Si oui, précisez : _____

Doit-il les avoir avec lui?

OUI NON

A-t-il un dossier dans un hôpital?

OUI NON
Si oui, précisez : _____

Quel est le nom du médecin de famille? Adresse et téléphone ?

Précisez : _____

(si requis)

A-t-il d'autres antécédents médicaux ou d'autres problèmes de santé qui requièrent une attention particulière

OUI NON
Si oui, précisez : _____

Votre enfant a-t-il des restrictions alimentaires?

OUI NON
Si oui, précisez : _____

Votre enfant a-t-il des allergies?

OUI NON
Si oui, précisez : _____

AUTORISATION

- J'autorise la ou le responsable de garde en milieu familial à prendre les dispositions nécessaires pour la santé de mon enfant en cas d'urgence.

Autres instructions du parent en cas d'urgence : _____

- J'accepte que mon enfant participe aux sorties organisées par le service de garde.
- Je m'engage à respecter les règlements du service de garde.
- Je m'engage à régler mon état de compte de la façon suivante :

Signature : _____

Date : _____



FICHE D'INSCRIPTION-ANNEXE ENFANT ALLERGIQUE

INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Nom :		Prénom :	
Date de naissance :		Sexe :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse :		Téléphone :	
N° assurance maladie :		Date d'expiration :	

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom :	Téléphone :
Adresse :	
Nom :	Téléphone :
Adresse :	

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

ALLERGÈNES :	<ul style="list-style-type: none">•••••
AUTO-INJECTEUR :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
TYPE D'AUTO-INJECTEUR :	<input type="checkbox"/> <i>EpiPen</i> <input type="checkbox"/> <i>Twinject</i>
DISPOSITIONS À PRENDRE EN CAS D'URGENCE :	