

## Fiche d'inscription de l'enfant



Service de garde de \_\_\_\_\_

Signature du parent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATIONS

#### ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Langue parlée : \_\_\_\_\_

Langue comprise : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

#### MÈRE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone (maison) : \_\_\_\_\_ Téléphone (travail) : \_\_\_\_\_

#### PÈRE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone (maison) : \_\_\_\_\_ Téléphone (travail) : \_\_\_\_\_

### PERSONNE AUTORISÉE À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Numéro de tél. \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

### PERSONNE À APPELER EN CAS D'URGENCE (AUTRE QUE LES PARENTS)

Nom \_\_\_\_\_ Numéro de tél \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

### ADMISSION DE L'ENFANT

Date du début de la fréquentation : \_\_\_\_\_

### Journée de fréquentations prévues

Journée	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Demi					
Complète					

#### SANTÉ

No d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

Nom du médecin de l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ No tel : \_\_\_\_\_

Votre enfant est-t-il vacciné? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

La vaccination est-elle à date? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Est-il atteint de maladies particulières? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Souffre-t-il d'allergies? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Y a-t-il des dispositions à prendre selon les maladies et/ou allergies mentionnées plus haut en cas d'urgence pour sa santé \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### CONSENTEMENT PARENTAL TRAITEMENT ET TRANSPORT D'URGENCE

Si, à quelque moment que ce soit, un traitement médical s'impose pour cause de blessure ou de maladie soudaine, j'autorise la responsable de garde à prendre toutes les mesures qu'elle juge nécessaire au bien-être de mon enfant pendant qu'elle en a la responsabilité.

Je comprends que ces mesures englobent la consultation d'un médecin, l'interprétation et l'exécution des directives de ce dernier, ainsi que le transport, y compris le transport par ambulance, de l'enfant vers l'hôpital.

Dans la mesure du possible, on amènera l'enfant à l'hôpital : Hôtel-Dieu de Sorel-Tracy.

Je comprends que ces mesures peuvent être prises avant que je ne sois avisé(é) et que tous les frais engagés aux fins de traitement, y compris le transport par ambulance, me seront facturés.

Signature du parent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature de la RSG : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise mon enfant à participer aux activités extérieures quotidiennes en compagnie de la responsable du service de garde, madame \_\_\_\_\_, ou de sa remplaçante, attendu que, lors de sorties organisées à l'extérieur du secteur du service de garde, je serai avisée à l'avance et on me présentera une demande d'autorisation spéciale que je serai libre de signer ou pas

Signature du parent \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature de la RSG \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_



***\*À la fin des services de garde reçus pour cet enfant, l'original de ce document devra être remis aux parents, aucune copie ne devra être conservée par le ou la rsg.***