

## FICHE D'INSCRIPTION DE L'ENFANT

### 1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

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

Prénom : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Tél : (    ) \_\_\_\_\_

Sexe : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Langue parlée : \_\_\_\_\_

### 2. IDENTIFICATION DU OU DES RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

#### MÈRE :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Tél : (travail) \_\_\_\_\_

#### PÈRE :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Tél : (travail) \_\_\_\_\_

Autre(s) personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant dans le service de garde :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Tél : (maison+travail) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date

\_\_\_\_\_ Signature du parent

3. **FRÉQUENTATION**

Date d'admission \_\_\_\_\_

Journée \_\_\_\_\_ Demi-journée \_\_\_\_\_ Variable \_\_\_\_\_

Lundi AM \_\_\_\_\_ PM \_\_\_\_\_    Mardi AM \_\_\_\_\_ PM \_\_\_\_\_    Mercredi AM \_\_\_\_\_ PM \_\_\_\_\_    Jeudi AM \_\_\_\_\_ PM \_\_\_\_\_    Vendredi AM \_\_\_\_\_ PM \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. **AUTORISATION EN CAS D'URGENCE**

Nom du service de garde : \_\_\_\_\_

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

Numéro de téléphone: (    ) \_\_\_\_\_

J'autorise le service de garde à prendre les dispositions nécessaires relativement à la santé de mon enfant \_\_\_\_\_ en cas d'urgence. J'aimerais que les personnes suivantes soient avisées :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

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

Tél : (travail+maison) \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

No. de téléphone du médecin : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro d'ass. maladie : \_\_\_\_\_

Groupe sanguin : \_\_\_\_\_

Allergies aux médicaments : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Maladies graves : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

5. **AUTORISATION DE DEMANDER LES SERVICES D'AMBULANCE EN CAS D'ACCIDENT**

J'autorise le Bureau Coordonnateur du Témiscouata ou le service de garde à prendre les dispositions nécessaires pour demander les services d'une ambulance lors d'un accident grave subit par mon enfant \_\_\_\_\_ et je m'engage en tant que parent à payer les frais d'ambulance.

\_\_\_\_\_ Date

\_\_\_\_\_ Signature du parent

6. **FICHE MÉDICALE DE L'ENFANT**

a) **Votre enfant présente-t-il des problèmes particuliers ?**

OUI      NON

Handicap \_\_\_\_\_

Vision \_\_\_\_\_

Audition \_\_\_\_\_

Langage \_\_\_\_\_

Allergie \_\_\_\_\_

Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

Remarques : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) **Médicaments (voir annexe A)**

Votre enfant aura-t-il à prendre, de façon régulière, des médicaments en service de garde?  
oui\_\_\_\_ non\_\_\_\_

Si oui, spécifiez lesquels : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Remarques : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) **Situation particulière**

Si votre enfant est suivi par un médecin ou autre professionnel de la santé, spécifiez pour quel(s) problème(s) ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date

\_\_\_\_\_ Signature du parent