

## FICHE D'INSCRIPTION DE L'ENFANT

### 1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

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

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

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

Langue comprise et parlée : \_\_\_\_\_

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

**MÈRE** : *Le titulaire de l'autorité parentale ou la personne qui assume de fait la garde de l'enfant*

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

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

Tél : maison : \_\_\_\_\_ Tél : travail : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

**PÈRE** : *Le titulaire de l'autorité parentale ou la personne qui assume de fait la garde de l'enfant*

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

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

Tél : maison : \_\_\_\_\_ Tél : travail : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

### **Personnes autorisées à venir chercher l'enfant et à prévenir en cas d'urgence si les parents ne peuvent être joints**

Nom, Prénom	Adresse	Téléphone	Lien avec l'enfant	Autorisation
		Maison : _____ Travail : _____ Cell : _____		<input type="checkbox"/> Autorisée à venir chercher l'enfant <input type="checkbox"/> À prévenir en cas d'urgence
		Maison : _____ Travail : _____ Cell : _____		<input type="checkbox"/> Autorisée à venir chercher l'enfant <input type="checkbox"/> À prévenir en cas d'urgence
		Maison : _____ Travail : _____ Cell : _____		<input type="checkbox"/> Autorisée à venir chercher l'enfant <input type="checkbox"/> À prévenir en cas d'urgence
		Maison : _____ Travail : _____ Cell : _____		<input type="checkbox"/> Autorisée à venir chercher l'enfant <input type="checkbox"/> À prévenir en cas d'urgence

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

\_\_\_\_\_  
Date

3. **FRÉQUENTATION**

Date d'admission de l'enfant \_\_\_\_\_

Journée       Demi-journée       Variable       Occasionnel

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
AM <input type="checkbox"/>				
PM <input type="checkbox"/>				

4. 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 la ou les personne(s) mentionnée(s) à la page 1 soi(en)t avisée(s).**

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

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

Date de naissance (enfant) : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

Groupe sanguin (si connu) : \_\_\_\_\_

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Date

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.**

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

\_\_\_\_\_  
Date

6. **CONDITIONS DE L'AUTORISATION DE LA PARTICIPATION DE L'ENFANT À DES SORTIES ET/OU DES ACTIVITÉS PENDANT LA PRESTATION DES SERVICES DE GARDE**

Lors des sorties et/ou activité pendant la prestation des services de garde un formulaire d'autorisation, sera signée par le parent (le titulaire de l'autorité parentale ou la personne qui assume de fait la garde de l'enfant).

7. **FICHE MÉDICALE DE L'ENFANT**

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

	OUI	NON
Handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Audition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (préciser) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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) ?

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

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

\_\_\_\_\_  
Date

***Cette fiche doit être signée et conservée sur les lieux de la prestation des services de garde et remise au parent lorsque les services de garde ne sont plus requis.***