



Identification de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : Garçon Fille

Adresse : _____ Téléphone : _____

Langue parlée et comprise : Français Anglais Autre : _____

Lieu de naissance de votre enfant (ville et pays) : _____

Quel établissement votre enfant fréquente-t-il actuellement ? _____

Est-ce que votre enfant a une sœur ou un frère à notre école? Oui Non

Identification des parents ou tuteurs

Père Mère Tuteur Tutrice

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : Même que l'enfant

Téléphone résidence : _____

Téléphone cellulaire : _____

Téléphone bureau : _____

Courriel : _____

Profession : _____

Pays de naissance : _____

Père Mère Tuteur Tutrice

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : Même que l'enfant

Téléphone résidence : _____

Téléphone cellulaire : _____

Téléphone bureau : _____

Courriel : _____

Profession : _____

Pays de naissance : _____

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autres que les parents)

Personne autorisée 1 ▼

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone résidence : _____

Téléphone cellulaire : _____

Téléphone bureau : _____

Lien avec l'enfant : _____

Personne autorisée 2 ▼

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone résidence : _____

Téléphone cellulaire : _____

Téléphone bureau : _____

Lien avec l'enfant : _____

Personne autorisée 3 (optionnel) ▼

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone résidence : _____

Téléphone cellulaire : _____

Téléphone bureau : _____

Lien avec l'enfant : _____

Personne autorisée 4 (optionnel) ▼

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone résidence : _____

Téléphone cellulaire : _____

Téléphone bureau : _____

Lien avec l'enfant : _____

Personnes à contacter en cas d'urgence (autres que les parents)

Contact en cas d'urgence 1 ▼

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone résidence : _____

Téléphone cellulaire : _____

Téléphone bureau : _____

Lien avec l'enfant : _____

Contact en cas d'urgence 2 ▼

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone résidence : _____

Téléphone cellulaire : _____

Téléphone bureau : _____

Lien avec l'enfant : _____

Renseignements sur la santé

État général de santé

Votre enfant souffre-t-il?

	Oui	Non	Précisez (symptômes, réactions, traitements, etc.)
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergies.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Handicap.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Troubles cardiaques.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Épilepsie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hémophilie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabète.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Autres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Dans le cas où votre enfant doit prendre un ou des médicaments sous ordonnance (autre que les médicaments pour la fièvre), veuillez compléter le formulaire « AUTORISATION PARENTALE POUR L'ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT ».

Allergies

Votre enfant a-t-il des allergies?

	Oui	Non	Précisez (symptômes, réactions, traitements, etc.)
Aliments.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Médicaments.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Autres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Si vous avez répondu « Oui », veuillez compléter le formulaire « COLLECTE DE DONNÉES SUR LES ALLERGIES ».

Accident ou opération

Votre enfant a-t-il déjà eu un accident ou une opération majeure? Oui Non

Aide particulière

Votre enfant est-il suivi par un spécialiste de la santé (psychologue, psychiatre, orthophoniste, etc.)? Oui Non

Alimentation

Quelles sont les exigences particulières à respecter (excluant les allergies) au niveau de l'alimentation de votre enfant?

Autres

Y a-t-il des difficultés, contraintes ou restrictions particulières concernant la santé ou le comportement de votre enfant dont vous voudriez nous faire part? Oui Non

Autorisations

En cas d'urgence

J'autorise le personnel désigné du service de garde à prendre les dispositions nécessaires pour la santé et la sécurité de mon enfant :

Oui Non

Sorties et activités

Je consens à ce que mon enfant participe à des sorties récréatives et éducatives à proximité du service de garde (rayon inférieur à 1 km). Pour toute autre sortie, une demande de consentement me sera présentée à l'avance pour approbation.

Oui Non

Votre consentement est valide pour la durée de la fréquentation de notre service de garde par votre enfant.

Administration/application de certains produits

J'autorise le personnel désigné à administrer ou appliquer les produits suivants à mon enfant :

- Gouttes nasales salines
- Solution orale d'hydratation (type Pedialyte)
- Crème à base d'oxyde de zinc
- Crème solaire
- Lotion calamine
- Crème hydratante
- Baume à lèvres

Signature : _____

Date : _____

Père Mère Tuteur Tutrice

Pour toutes informations supplémentaires, veuillez communiquer avec la direction de l'établissement.

À l'usage de l'administration – Ne rien écrire dans cet espace

Frais : Chèque Comptant Prélèvement bancaire Mois : Juillet Aout Sept. Oct. Nov. Déc.
 Janv. Févr. Mars Avril Mai Juin

Date d'admission : _____ Groupe : _____

Documents reçus

- Extrait d'acte de naissance
- Contrat de services
- Photographies de l'enfant
- Photocopie de la page des vaccins du carnet de santé
- Ordonnance médicale du médicament à administrer en cas de fièvre