

FICHE D'INSCRIPTION

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT:

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ (jour/mois/année)

Sexe : F ___ M ___ Langue parlée : _____ comprise : _____

Adresse complète : _____

Code postal : _____ Tél. : _____

2. IDENTIFICATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE:

Parent 1

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse complète : _____

Code postal : _____ Tél. Maison : _____

No. assurance-sociale : _____ Tél. Travail : _____

Courriel : _____ Cellulaire: _____

Parent 2

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse complète : _____

Code postal : _____ Tél. Maison : _____

No. assurance-sociale : _____ Tél. Travail : _____

Courriel : _____ Cellulaire: _____

Dans le cas de séparation, de divorce, de tutorat ou autre, l'adresse d'un membre de l'autorité parentale est à inscrire. S'il y a lieu, l'autorisation de la cour est annexée au dossier de l'enfant.

3. PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT (autres que l'autorité parentale) :

1. Nom : _____ Lien : _____

Adresse complète: _____ Code postal : _____

Tél. maison : _____ Tél. travail : _____ Cell : _____

2. Nom : _____ Lien : _____

Adresse complète: _____ Code postal : _____

Tél. maison : _____ Tél. travail : _____ Cell : _____

PERSONNES MINEURES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT :

1. Nom : _____ Lien : _____

Adresse complète: _____ Code postal : _____

Tél. maison : _____ Tél. travail : _____ Cell : _____

2. Nom : _____ Lien : _____

Adresse complète: _____ Code postal : _____

Tél. maison : _____ Tél. travail : _____ Cell : _____

► Je reconnais que la personne autorisée est mineure et je dégage la responsable du milieu familial:
_____ de toutes responsabilités.

Signature de l'autorité parentale : _____ Date : _____

4. PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (autres que l'autorité parentale) :

1. Nom : _____ Lien : _____

Adresse complète: _____ Code postal : _____

Tél. maison : _____ Tél. travail : _____ Cell : _____

2. Nom : _____ Lien : _____

Adresse complète: _____ Code postal : _____

Tél. maison : _____ Tél. travail : _____ Cell : _____

5. ADMISSION ET FRÉQUENTATION

Date d'admission : _____ (jour/mois/année)

Fréquentation :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
AM					
PM					

6. AUTORISATIONS DIVERSES :

Sorties à l'extérieur

➤ J'accepte que mon enfant participe aux sorties à l'extérieur du milieu familial organisées par la responsable de service de garde et/ou le bureau coordonnateur Gros Bec.

Signature de l'autorité parentale : _____ Date : _____

Autorisation de photographier et/ou filmer

Par la présente, je _____ (parent ou tuteur)
autorise le/la responsable du service de garde en milieu familial, _____ (rsg)
du service de garde que fréquente mon enfant, _____ (nom de l'enfant)
à prendre des photos ☐ à tourner des vidéos ☐
dans lesquelles apparaîtra mon enfant dans le cadre des activités vécues dans le milieu de garde.
Ces photos et/ou vidéos pourront être utilisées par la responsable du service de garde en milieu familial
et/ou par le bureau coordonnateur Gros Bec pour leurs activités internes ou de promotion.

Signature du parent : _____

Nom en lettres moulées : _____

Date : _____

7. DISPOSITIONS EN CAS D'URGENCE

➤ J'autorise la responsable de service de garde en milieu familial, ou la personne qui désigné pour la remplacer, à intervenir et à prendre les mesures nécessaires, y compris le transport de mon enfant si une situation d'urgence survenait.

Signature de l'autorité parentale : _____ Date: _____

8. FICHE MÉDICALE

Identification du médecin de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____

No. ass. maladie : _____ Exp : _____

Clinique : _____

Adresse : _____

_____ Téléphone : _____

Allergies : oui ☐ non ☐

Allergies alimentaires: oui ☐ non ☐

Lesquelles : _____

*Vous devez joindre un avis médical précisant l'allergie diagnostiquée.

Diète spéciale :

Votre enfant est-il astreint à une diète spéciale prescrite par un membre du Collège des médecins du Québec? Oui ☐ non ☐

Si oui, veuillez joindre une note du médecin s.v.p.

Vaccination :

Votre enfant a-t-il été vacciné? oui non V

Maladie(s) infantile(s): oui ☐ non ☐

Lesquelles _____

Autres renseignements de nature médicale :

Les parents doivent informer la responsable du milieu familial de tout changement concernant l'état de santé de l'enfant.

Signature de l'autorité parentale : _____

Date : _____

Page 4/4

AUTORISATIONS D'ADMINISTRATION

➤ J'autorise la responsable du milieu familial, ou la personne qui désigné pour la remplacer, à administrer à mon enfant, conformément aux protocoles non réglementés, (veuillez cocher svp et signer chacun des produits à autoriser):

Produits	✓	Signature de l'autorité parentale
de la crème solaire vendue sous la marque commerciale : _____		
de la crème à base d'oxyde de zinc pour le siège vendue sous la marque commerciale : _____		
une solution orale d'hydratation vendue sous la marque commerciale : _____		
des gouttes nasales salines vendues sous la marque commerciale : _____		
de la lotion calamine vendue sous la marque commerciale : _____		
crème hydratante pour le corps et / ou le visage vendue sous la marque commerciale : _____		
baume à lèvres vendue sous la marque commerciale : _____		
gel lubrifiant en format individuel servant à la prise de température : _____		

Les protocoles réglementés sont en annexe de la fiche médicale. Si vous désirez que votre enfant prenne de l'acétaminophène et/ou de l'insectifuge vous devez lire, signer et remettre à la responsable du milieu familial les autorisations requises.

IMPORTANT : Annexer cette feuille au dossier médical de l'enfant.