

DOCUMENTS NÉCESSAIRES POUR ASSISTANTE-REPLAÇANTE

Rappel de la réglementation :

ASSISTANTE ET REPLAÇANTE OCCASIONNELLE	
Conditions d'exercice	Documents à conserver par la RSG*
Être âgée d'au moins 18 ans.	Une copie de son acte de naissance ou tout autre document établissant son identité et la date de sa naissance.
Avoir des aptitudes à établir des liens de sympathie réciproque avec les enfants et à répondre adéquatement à leurs besoins.	Une description de ses expériences de travail et de sa formation scolaire. Les coordonnées de deux personnes qui ne lui sont pas apparentées, qui la connaissent depuis au moins deux ans et qui peuvent attester son aptitude à assister ou à remplacer la RSG, selon le cas.
Avoir une bonne santé physique et mentale lui permettant d'assumer la garde d'enfants.	Un certificat d'un médecin attestant qu'elle remplit cette exigence.
Être titulaire d'un certificat, datant d'au plus trois ans, attestant la réussite d'un cours de secourisme adapté à la petite enfance (minimum de 8 heures) comprenant un volet sur la gestion des réactions allergiques sévères.	Le certificat dont elle est titulaire.
À moins d'être qualifiée au sens de l'article 22, au plus tard six mois après son entrée en fonction, avoir réussi une formation d'au moins 12 heures portant sur le développement de l'enfant*. Pour l'assistante, cette formation ne doit pas dater de plus de trois ans.	Un document attestant la réussite de la formation.
Avant son entrée en fonction, présenter une attestation d'absence d'empêchement et le consentement à la vérification des empêchements.	La RSG doit vérifier l'attestation d'absence d'empêchement et le consentement à la vérification pour ensuite les remettre au BC. Ces documents n'ont pas à être conservés par la RSG.

IMPORTANT!

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE ADULTE QUI
ASSISTE OU REMPLACE UNE PERSONNE RESPONSABLE
D'UN SERVICE DE GARDE EN MILIEU FAMILIAL**

IDENTIFICATION

Nom : _____

Date de naissance: _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

1-Quelles sont vos expériences de travail, rémunérées ou non?

(En commençant par la plus récente):

a) Emploi ou fonction: _____

Employeur: _____

Durée: _____

Principales tâches accomplies: _____

b) Emploi ou fonction: _____

Employeur: _____

Durée: _____

Principales tâches accomplies: _____

c) Emploi ou fonction: _____

Employeur: _____

Durée: _____

Principales tâches accomplies: _____

Quelle est votre formation scolaire?

Primaire

Secondaire

Collégial

Universitaire

Diplôme(s) obtenu(s) : _____

2. Indiquer les noms, adresses et numéros de téléphone de deux personnes qui ne vous sont pas apparentées, qui vous connaissent depuis au moins deux ans et qui peuvent attester de votre aptitude à agir à titre de personne responsable d'un service de garde en milieu familial :

NOM	ADRESSE	TÉLÉPHONE
	Code postal :	Résidence : Travail :
NOM	ADRESSE	TÉLÉPHONE
	Code postal :	Résidence : Travail :

JE DÉCLARE que je ne suis pas représentée par mandataire en raison d'inaptitude ni ne suis sous aucun régime de protection pour majeur (curatelle-tutelle).

JE DÉCLARE n'avoir jamais été déclarée coupable d'une infraction ou d'un acte criminel relié au développement moral, à la santé, à la sécurité et au bien-être d'un enfant ou à toute atteinte contre la personne ou que j'en ai obtenu le pardon ou la réhabilitation.

J'ATTESTE que les renseignements transmis sont exacts et **J'ACCEPTÉ** de me soumettre à l'entrevue prévue par le *Règlement sur les services de garde éducatifs à l'enfance*.

Signature

Date

ANNEXE I

Certificat médical

Monsieur ou Madame,

_____ a postulé pour un emploi à titre d'assistante ou remplaçante occasionnelle auprès d'une personne responsable d'un service de garde en milieu familial. Un tel poste suppose que cette personne sera en contact régulier avec de jeunes enfants de 0 à 12 ans.

Selon le *Règlement sur les services de garde éducatifs*, elle doit fournir un certificat d'un médecin attestant qu'elle a une bonne santé physique et mentale lui permettant d'agir à titre d'assistante auprès d'une personne responsable d'un service de garde en milieu familial. Il est recommandé que le certificat soit rempli par son médecin de famille ou par un médecin pratiquant à la clinique fréquentée par la postulante.

Merci de votre collaboration

Nom de la Responsable de garde

Certificat Médical

J'atteste par la présente que _____ a une bonne santé physique et mentale lui permettant d'agir à titre d'assistante ou de remplaçante occasionnelle d'une personne responsable d'un service de garde en milieu familial.

Nom du médecin _____

No d'identification _____

Numéro de l'établissement _____

Signature : _____ Date : _____

Questionnaire de prise de références

Questionnaire à remplir par la Responsable de garde en milieu familial lors des appels téléphoniques des personnes de référence.

Personne de référence : _____

Personne qui souhaite devenir assistante chez une responsable : _____

1. Depuis combien de temps connaissez-vous cette personne? _____
2. Quel type de relation entretenez-vous avec cette personne? _____

3. Décrivez-nous, dans vos propres mots, sa personnalité (son caractère, ses relations avec les autres, etc.) _____

4. Croyez-vous que cette personne est en mesure de bien accomplir son rôle de responsable de service de garde en milieu familial auprès d'un ou de quelques enfants? _____

5. En relation avec la question précédente, quelles seraient ses principales aptitudes en tant que responsable de service de garde en milieu familial (autorité, affection, responsabilité, intégrité, créativité, dynamisme, etc.)? _____

6. Connaissez-vous des obstacles sérieux à la reconnaissance de cette personne comme responsable de service de garde en milieu familial (maladie physique ou mentale, insuffisance matérielle, perturbations familiale, rejet possible d'un ou des enfants, etc.)? _____

7. Commentaires supplémentaires : _____

Signature : _____

Date : _____