

Fiche d'inscription de l'enfant

Nom de la RSG _____

Date d'inscription : ____/____/____ Nombre de jours de fréquentation prévus par semaine: ____

Date prévue du début de garde : ____/____/____

Nom de l'enfant _____ **Prénom de l'enfant :** _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Langue comprise et parlée : _____

Date de naissance : ____/____/____ Sexe : M () F ()

No assurance maladie _____ Date d'expiration : ____/____/____

Adresse courriel _____

Cochez si tuteur et complétez les mêmes informations que pour les parents.

Mère	Père
Nom:	Nom:
Prénom:	Prénom:
Adresse:	Adresse:
Ville:	Ville:
Code postal:	Code postal:
Tél. résidence:	Tél. résidence:
Tél. bureau:	Tél. bureau:
Tél. cellulaire:	Tél. cellulaire:

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Tél. résidence :	Tél. résidence :
Tél. cellulaire	Tél. cellulaire
Tél. travail :	Tél. travail

Personnes à contacter en cas d'urgence (si les parents ne peuvent être rejoints)

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Tél. résidence :	Tél. résidence :
Tél. cellulaire	Tél. cellulaire
Tél. travail :	Tél. travail

Information sur la santé de l'enfant

Votre enfant présente-t-il un problème de santé ? oui non

Identifier par un crochet le (s) problème (s) de santé de votre enfant. Précisez le suivi par un médecin ou un spécialiste, le (s) problème (s) corrigé (s) et la médication. **Pour tout médicament prescrit, il nous faut la prescription.**

Vision Audition Langage Dentition Asthme Diabète Épilepsie
Cardiaque

Suivi psychologique, social ou médical _____

Autres (précisez) : _____

Traitement ou correction, médication : _____

Nom du médecin traitant : _____

Adresse : _____ numéro de téléphone _____

Allergies :

Arachides noix plumes œufs antibiotiques piqûres d'insectes latex lait
produits laitiers fruits de mer fruit légume Poisson

Autre(s) (précisez) _____

Type de réaction : _____

Usage de Benadryl : oui _____ non _____

Usage de l'auto-injecteur EpiPen _____ Médication : usage de la cortisone _____

Autre(s) (précisez) _____

Attention : Si votre enfant souffre d'une allergie qui peut mettre sa vie en danger, svp informez la responsable du service de garde. Pour tout changement dans l'état de santé de votre enfant elle doit en être avisée sans délai. Si asthme, date de la dernière crise :

Recommandations ou informations supplémentaires :

Autorisations

J'autorise la RSG à effectuer des sorties quotidiennes dans les parcs et les espaces de jeux environnants.

J'autorise la RSG à dispenser les premiers soins à mon enfant. En cas d'urgence, j'autorise la RSG à s'assurer que mon enfant reçoive les soins d'urgence requis, s'il est impossible de rejoindre les parents ou tuteurs. Les frais de transport ambulancier, en cas d'urgence, sont à la charge des parents ou tuteurs.

J'atteste que tous les renseignements contenus dans cette fiche d'inscription sont exacts et informerai la RSG s'il y a un changement de coordonnées et/ou de l'état de santé de mon enfant.

Signé à Montréal le _____

Parent ou tuteur : _____

3405 rue Saint-Donat, Montréal, QC, H1K 3N5.
☎ 514.356.1583 📠 514.356.3779 ✉ info@cpelesmaisonsenjeuees.qc.ca

À REMETTRE AU PARENT LORS DU DÉPART DÉFINITIF DE L'ENFANT