

## 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@cpelesmaisonsenjeues.qc.ca

---

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