

FICHE D'INSCRIPTION

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

No. de tel. : ____/____/____

Date de naissance : ____/____/____

jj /mm/aa

No. D'assurance maladie : _____ Expiration : _____

Langues comprises : _____

Langues parlées : _____

Nom, adresse et no de tel. du médecin de l'enfant : _____

FRÉQUENTATION DU SERVICE DE GARDE

Date d'admission prévue au service de garde : ____/____/____

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
ARRIVÉE							
DÉPART							

PARENTS

Mère : _____

Travail : _____/_____/_____ poste : _____

Cell : _____/_____/_____

maison: _____/_____/_____

Adresse (si différent de l'enfant)

Père : _____

Travail : _____/_____/_____ poste : _____

Cell : _____/_____/_____

Maison: _____/_____/_____

Adresse(si différent de l'enfant)

PERSONNES AUTORISÉES PAR LE PARENT À VENIR CHERCHER L'ENFANT

1- Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Tel. (Rés.) : _____/_____/_____

(Bur.) : _____/_____/_____

2- Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Tel. (Rés.) : _____/_____/_____

(Bur.) : _____/_____/_____

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE AUTRE QUE LES PARENTS

Nom et prénom : _____

No de Tel. (Rés.) : _____ / _____ / _____ No de Tel. (Bur.) : _____ / _____ / _____

Lien avec l'enfant : _____

Nom et prénom : _____

No de Tel. (Rés.) : _____ / _____ / _____ No de Tel. (Bur.) : _____ / _____ / _____

Lien avec l'enfant : _____

Instructions cas d'urgence : _____

ALIMENTATION

Allergie alimentaire : _____

Diète spéciale : _____

Lait maternisé : _____

SIESTE ET AUTRE

Habitude de sieste : _____

DÉVELOPPEMENT ET COMPORTEMENT DE L'ENFANT

Développement : _____

Comportement/goût/habitudes : _____

ATTENTE DU PARENT ENVERS LE SERVICE DE GARDE

AUTORISATION

En tant que représentant(e) de l'autorité parentale, j'ai pris connaissance des règlements de la régie interne du service de garde de : _____ et je m'engage à les respecter, y compris pendant la période d'essai.

Représentant de l'autorité parental

____/____/____
Date

À REMPLIR LORSQUE L'ENFANT QUITTE LE SERVICE DE GARDE

Date de cessation de garde : ____/____/____

Nombre de jours de garde : _____

