

Fiche d'inscription de l'enfant
Bureau coordonnateur La Marelle des Bois-Francis

INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : F M Date de naissance : ____/____/____
(Année/mois/jour)

Numéro d'assurance-maladie : _____ Expiration : _____

Si non disponible, inscrire celui du parent : _____ Expiration : _____

Date d'admission de l'enfant _____ Date du départ de l'enfant _____

Langue(s) parlée(s) : français anglais autre(s) _____

Langue (s) comprise (s) français anglais autre(s) _____

IDENTIFICATION DES PARENTS :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphones résidence : _____ Travail : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

(Si différente de l'autre parent)

Téléphones résidence : _____ Travail : _____

Numéro d'assurance sociale : _____

Si on devait communiquer par téléphone avec un parent, lequel devrait-on joindre en premier ?

En cas d'urgence, j'autorise le service de garde à prendre les dispositions nécessaires, relatives à la santé de mon enfant et j'accepte d'en assumer les coûts.

Signature du parent

EXIGENCES PARTICULIÈRES À RESPECTER

Aliments préférés : _____

Aliments refusés : _____

Remarque : _____

Horaire des siestes et/ou du repos de nuit : _____

Activités préférées : _____

Peurs de l'enfant : _____

Autres informations : _____

INFORMATIONS RELATIVES À LA SANTÉ

Maladie passée(s) et maladies actuelle(s) : _____

Allergies/Intolérance : _____

Autres commentaires sur la santé : _____

PERSONNES AUTORISÉES

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant au service de garde, ou à être rejoint en cas d'urgence (si les parents ne peuvent être rejoints) :

Réponse obligatoire

Noms	Prénoms	Lien avec l'enfant	Tél. résidence	Tél. travail

Mesure sécuritaire :

Sécurité de l'enfant face à un adulte venant chercher l'enfant sous l'effet d'alcool ou de drogue

(Article 32 du code civil)

« Toute personne faisant parti du personnel du Centre de la petite enfance/ Bureau coordonnateur ou la responsable en service de garde, a le droit de refuser de remettre l'enfant à un parent ou un autre adulte chargé de venir le chercher s'il est sous l'effet d'alcool, de drogue ou semble présenter des facultés affaiblies. Dans un tel cas, la personne faisant parti du personnel du Centre de la petite enfance/ Bureau coordonnateur ou la responsable en service de garde doit communiquer avec l'autre parent ou toute autre personne qu'il avait désigné comme personne responsable en cas d'urgence, tel qu'inscrit préalablement dans la fiche d'inscription. »

Autorisations

J'autorise la responsable en milieu familial à faire des sorties quotidiennes à pied avec mon enfant.

Oui Non **Signature du parent:** _____

J'autorise la responsable en milieu familial à prendre des photographies de mon enfant, celle-ci pourront être affichées sur différents tableaux. Je suis également conscient (te) que mon enfant peut être prit en photo par tout autres personnes. (Autres parents)

Oui Non **Signature du parent:** _____

J'autorise le Centre de la petite enfance La Marelle à mettre des photos de mon enfant sur son site Web.

Oui Non **Signature du parent:** _____

J'autorise le bureau coordonnateur La Marelle des Bois-Francis à transmettre les informations nécessaires au ministère de la Famille et des Aînés pour une subvention pour enfant handicapé ou pour une demande de place à contribution réduite ou exemptée.

Oui Non **Signature du parent:** _____

J'affirme que les renseignements indiqués dans cette fiche sont exacts et dévoilent toutes les informations qui m'ont été demandées.

Signature du parent

Date

Article de loi 122 dernier paragraphe ; Cette fiche doit être signée et conservée sur les lieux de la prestation des services de garde et remise au parent lors des services de garde ne sont plus requis.

Autorisation écrite du parent pour médicaments sans prescription médicale

Nom du prestataire du service garde : _____

Nom du parent : _____

Nom de l'enfant : _____

Nom du médicament à

administrer : Gouttes nasales salines Marque de commerce : _____

Instructions relatives à l'administration du médicament : Selon la posologie inscrite sur le contenant

Durée de l'autorisation : Du _____ Au _____

Signature du parent : _____ Date de la signature : _____

Nom du médicament à

administrer : Solutions orales salines Marque de commerce : _____

Instructions relatives à l'administration du médicament : Selon la posologie inscrite sur le contenant

Durée de l'autorisation : Du _____ Au _____

Signature du parent : _____ Date de la signature : _____

Nom du médicament à

administrer : Crème pour le siège à base de zinc Marque de commerce : _____

Instructions relatives à l'administration du médicament : Selon la posologie inscrite sur le contenant

Durée de l'autorisation : Du _____ Au _____

Signature du parent : _____ Date de la signature : _____

Nom du médicament à

administrer : Lotio calamine Marque de commerce : _____

Instructions relatives à l'administration du médicament : Selon la posologie inscrite sur le contenant

Durée de l'autorisation : Du _____ Au _____

Signature du parent : _____ Date de la signature : _____

Nom du médicament à administrer : Crème solaire sans PABA **Marque de commerce :** _____

Instructions relatives à l'administration du médicament : Selon la posologie inscrite sur le contenant

Durée de l'autorisation : Du _____ Au _____

Signature du parent : _____ **Date de la signature :** _____

Nom du médicament à administrer : Crème hydratante **Marque de commerce :** _____

Instructions relatives à l'administration du médicament : Selon la posologie inscrite sur le contenant

Durée de l'autorisation : Du _____ Au _____

Signature du parent : _____ **Date de la signature :** _____

Nom du médicament à administrer : Baume à lèvres **Marque de commerce :** _____

Instructions relatives à l'administration du médicament : Selon la posologie inscrite sur le contenant

Durée de l'autorisation : Du _____ Au _____

Signature du parent : _____ **Date de la signature :** _____

Nom du médicament à administrer : Gel lubrifiant **Marque de commerce :** _____

Instructions relatives à l'administration du médicament : Selon la posologie inscrite sur le contenant

Durée de l'autorisation : Du _____ Au _____

Signature du parent : _____ **Date de la signature :** _____

Autorisation pour demande d'assistance professionnelle

Identification de l'enfant

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____

No. Assurance maladie : _____ Date expiration : _____

Identification des parents

Nom du parent : _____ Date de naissance : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Nom du parent : _____ Date de naissance : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____ (Si différente de l'autre parent)

Nom de la RSG : _____ Téléphone : _____

Agent(e) de soutien technique et pédagogique : _____

Autorisations

J'autorise ma responsable de service de garde _____ à prendre les dispositions nécessaires afin d'obtenir auprès de son agent(e) en soutien pédagogique et technique _____ une visite d'observation et je permets l'échange d'informations pertinentes entre celles-ci.

Je permets utilisation d'outils de dépistage par l'agent(e) tel que :
 GED ASQ-SE Outils référence en orthophonie

J'autorise ma responsable de service de garde et l'agente de soutien pédagogique et technique ci-haut mentionnées à élaborer un plan d'action afin de soutenir mon enfant dans ses apprentissages et faciliter son cheminement.

J'autorise le CPE La Marelle des Bois-Francis à prendre les dispositions nécessaires afin d'obtenir auprès d'un professionnel les outils d'interventions adéquats pour aider mon enfant et/ou à me référer à des ressources d'aide professionnelles extérieures (pédiatres, orthophoniste, CSSSAE, psychoéducatrice et autres).

Je permets également que le professionnel rencontre les personnes concernées ayant un lien éducatif avec mon enfant afin de discuter des moyens d'interventions pouvant être mis en application.

Signature et entente

✓ Si je suis le seul parent à signer, je m'engage à ce que l'autre parent détenant l'autorité parentale, soit informé des interventions prévues auprès de l'enfant.

✓ Cette autorisation est valable pour la durée de la fréquentation de mon enfant au service de garde.

Parent : _____ Date : _____

Parent : _____ Date : _____

RSG : _____ Date : _____