

3- IDENTIFICATION DES PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

No téléphone : _____ Lien avec l'enfant : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

No téléphone : _____ Lien avec l'enfant : _____

4- IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

No téléphone : _____ Lien avec l'enfant : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

No téléphone : _____ Lien avec l'enfant : _____

5- ADMISSION DE L'ENFANT ET FRÉQUENTATION

Date d'admission au service de garde : _____

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
Heure d'arrivée							
Heure de départ							

6- INSTRUCTION DU PARENT CONCERNANT DES DISPOSITIONS EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence : _____

J'autorise la responsable de garde à prendre les dispositions nécessaires en cas d'urgence.

Nom du parent : _____ Signature du parent : _____

7- AUTORISATION DE SORTIES EN PROMENADE ET AU PARC

J'autorise madame _____
(nom de la responsable du service de garde)
à amener mon enfant en promenade à pied et à fréquenter le parc du quartier.

Nom du parent : _____ Signature du parent : _____

SORTIE À L'EXTÉRIEUR

Chaque sortie effectuée à l'extérieur (en autobus ou en voiture) devra faire l'objet de l'approbation écrite du parent préalablement.

8- RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT QUI REQUIERT UNE ATTENTION PARTICULIÈRE

Allergies

Votre enfant a-t-il des allergies? Non Oui
Si oui, lesquelles? _____

Votre enfant a-t-il un Épipen? : non oui

État de santé en général

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé nécessitant des mesures particulières : Non Oui
Si oui, lesquelles?

assurance maladie de votre enfant : _____ expiration : _____
Mois / Année

Le cas échéant : coordonnées du médecin

Nom du médecin : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Note : Cette fiche d'inscription doit être signée et conservée sur les lieux de la prestation des services de garde et remise au parent lorsque les services de garde ne sont plus requis.

Nom du parent ou du tuteur :

Signature du parent ou du tuteur :

Date :

Nom de l'enfant : _____

AUTORISATION D'ADMINISTRATION
Article 121.3 Règlement sur les services de garde éducatifs à l'enfance

Veuillez inscrire vos initiales vis-à-vis chaque produit autorisé :

Crème solaire sans paba : _____ Gouttes nasales salines : _____ Lotion calamine : _____

Solutions orales d'hydratation : _____ Crème à base d'oxyde de zinc : _____

Crème hydratante : _____ Baume à lèvres : _____

Gel lubrifiant en format à usage unique pour la prise de température : _____

La responsable de garde doit conserver les autorisations d'administration, la fiche d'administration des médicaments ainsi que les protocoles dans un dossier constitué à cette fin, conservé sur les lieux et disponibles pour consultation.

L'original doit être remis au parent lorsque les services ne sont plus requis. La responsable doit conserver une copie pendant les 6 années qui suivent la cessation de la prestation des services de garde.

COMPLÉMENT À LA FICHE D'INSCRIPTION

COMPORTEMENT ET HABITUDES DE VIE DE VOTRE ENFANT

1- SOMMEIL

Son sommeil est-il? calme agité

A-t-il besoin de quelque chose pour s'endormir? Non Oui _____

Fait-il la sieste à la maison? Non Oui si oui, combien de temps? _____

Comment est son éveil? _____

2- COMPORTEMENT AVEC LES AUTRES

Attitudes avec les enfants : _____

Attitudes avec les adultes : _____

Attitudes avec les étrangers : _____

3- ATTITUDES QUI LE CARACTÉRISENT (timide, calme, agité, pleurs, colère, crises, etc.)

4- ALIMENTATION (mange bien ou non, aliments préférés, ce qu'il n'aime pas, habitudes, etc.)

5- CE QU'IL AIME FAIRE (bouger, chanter, peindre, etc.)

6- Y A-T-IL EU DES CHANGEMENTS MAJEURS DANS LA VIE DE VOTRE ENFANT OU DANS SA SITUATION FAMILIALE (séparation, mortalité, accident, changement de pays, etc.) QUI ONT EU UNE INFLUENCE SUR SON COMPORTEMENT?

LES PARTICULARITÉS DU POUPON (0-2 ANS)

1) Alimentation :

Les boires : Avez-vous allaité ? non oui Lui donnez-vous encore du lait maternel ? non oui

Quel date prévoyez-vous un changement de lait : _____ Boit-il ? : au verre au biberon
seul dans vos bras Marque du lait _____

Horaire de ses boires :

LE MATIN

L'APRÈS MIDI

Nourriture :

À quelles heures mange-t-il : AM _____ PM _____

Que mange-t-il? Quelle quantité? _____

Quels aliments avez-vous commencé à introduire :

- Fruits : _____

- Légumes : _____

- Céréales : _____

- Viandes : _____

Quels aliments aime-t-il le plus? _____

Mange-t-il? Seul avec l'aide d'un adulte

À la cuillère à la fourchette avec ses mains

Éprouve-t-il des problèmes de digestion? non oui

2) Habitudes de vie

Les dodos : Fait-il ses nuits ? non oui Depuis combien de temps? _____

Fait-il des siestes ? non oui à quelle fréquence _____ combien de temps _____

S'endort-il ? seul ou dans vos bras

Quelle est la routine pour l'endormir? _____
