

FICHE D'INSCRIPTION ENFANT 0-18 MOIS

Information sur l'enfant

Nom :	Prénom :
Numéro de téléphone :	Adresse :
Date de naissance :	Ville :
N° assurance maladie :	Code postal :
Date d'expiration :	
Langue parlée :	Langue comprise :
Date admission de l'enfant :	

Les besoins de garde

Lundi <input type="checkbox"/>	Mardi <input type="checkbox"/>	Mercredi <input type="checkbox"/>	Jeudi <input type="checkbox"/>	Vendredi <input type="checkbox"/>
Journée complète <input type="checkbox"/>		Demi-journée <input type="checkbox"/>		
Variable <input type="checkbox"/>		Remplaçant <input type="checkbox"/>		

Information parent ou tuteur

Nom de la mère :	Nom du père :
Prénom de la mère :	Prénom du père :
Adresse :	Adresse :
Ville :	Ville :
Code postal :	Code postal :
Tél. domicile :	Tél. domicile :
Tél. travail :	Tél. travail :
Tél. autre :	Tél. autre :
N.A.S. (impôt) :	N.A.S. (impôt) :
Adresse courriel :	Adresse courriel :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant au service de garde si le parent ne peut se présenter et à prévenir en cas d'urgence si les parents ne peuvent être joints.

Nom et Prénom	Adresse complète Ville et code postal	Téléphone	Lien	Autorisation
				<input type="checkbox"/> Autorisation
				<input type="checkbox"/> En cas d'urgence
				<input type="checkbox"/> Autorisation
				<input type="checkbox"/> En cas d'urgence

Personne non-autorisée à venir chercher l'enfant :

Médecin traitant

Nom du médecin :
Adresse :
Ville :
Code postal :

Y a-t-il des instructions particulières concernant les dispositions à prendre en cas d'urgence pour la santé de votre enfant.

Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Expliquez :

Y a-t-il des instructions particulières concernant les dispositions à prendre pour autoriser la participation de votre enfant à des sorties au service de garde.

Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Expliquez :	

Autorisation pour prise de photos et de vidéos

J'autorise le service de garde à prendre des photos de mon enfant et de les exposer, au besoin, dans le service de garde. Celle-ci est autorisée à filmer mon enfant pour des occasions spéciales et d'en faire la diffusion seulement au service de garde. **Cette autorisation ne donne pas l'accord pour publication sur les réseaux sociaux.**

J'accepte <input type="checkbox"/>	Je refuse <input type="checkbox"/>
------------------------------------	------------------------------------

Signature

Date

Habitudes alimentaires

Combien l'enfant prend-il de tiberons par tranche de 24 heures :
Quelle sorte de lait boit l'enfant :
Quelle doit être la température du lait de l'enfant :
Quelles sont les heures approximatives des boires de l'enfant :
L'enfant est-il sujet aux régurgitations :
L'enfant a-t-il commencé l'alimentation solide :
Si oui, quels sont les aliments que l'enfant peut consommer :
L'enfant peut-il manger seul : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, utilise-t-il : une cuillère <input type="checkbox"/> une fourchette <input type="checkbox"/> un cobelet <input type="checkbox"/> une bouteille <input type="checkbox"/>
L'enfant est-il sujet aux allergies : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez lesquelles :
Y'a-t-il des allergies dans la famille : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez lesquelles :
Quels sont les aliments ou les mets préférés de l'enfant?
Quels sont les aliments ou les mets que l'enfant n'aime pas du tout?

Sieste/période de repos

L'enfant a-t-il des habitudes particulières pour la période de repos : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
De quel objet l'enfant a-t-il besoin pour la période de repos : Suce <input type="checkbox"/> Couverture (doudou) <input type="checkbox"/> Toutou <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> si autre, précisez :
L'enfant dort-il dans : un parc <input type="checkbox"/> une bassinet <input type="checkbox"/> un lit ordinaire <input type="checkbox"/>

Comportement

L'enfant a-t-il des peurs particulières (cris, bruits, noirceur, animaux, etc.) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant a quel type de personnalité? : Calme <input type="checkbox"/> Curieux <input type="checkbox"/> Solitaire <input type="checkbox"/> Timide <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> si autre, précisez :
Comment se comporte-t-il avec des étrangers?
Comment se fait-il comprendre?
Porte-t-il des couches : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Demande-t-il le pot : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Santé générale

L'enfant présente-t-il un problème de santé spécifique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, lequel :
L'enfant est-il suivi par un médecin spécialiste : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, pour quelle raison :
Avez-vous d'autres remarques ou commentaires à propos de votre enfant susceptibles d'aider la responsable de votre service de garde dans son travail au quotidien?

Signature du parent

Date