

**FICHE D'INSCRIPTION
ENFANT 18-59 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

Comportement

Votre enfant est de quel type de personnalité : Calme <input type="checkbox"/> Curieux <input type="checkbox"/> Solitaire <input type="checkbox"/> Timide <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Tenace <input type="checkbox"/> Enjoué <input type="checkbox"/>
Si autre, précisez :
L'enfant a-t-il des peurs particulières (cris, bruits, noirceur, animaux, etc.) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, expliquez :
Votre enfant a-t-il déjà vécu une expérience de garde (MF, installation, une personne à la maison) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, expliquez comment a-t-il réagi :
L'enfant a-t-il des habitudes particulières lors de la période de repos : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Lui faut-il un objet pour cette période (sucée, couverture, toutou, etc.) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si autre, précisez :
Indiquez les jeux, jouets ou activités préférées de votre enfant :
Quels sont les mets et/ou aliments préférés de votre enfant :
Quels sont les mets et/ou aliments que votre enfant n'aime pas du tout :
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 gobelet <input type="checkbox"/> un verre <input type="checkbox"/>
L'enfant se brosse-t-il les dents seul : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Allergies alimentaires et médicaments

Votre enfant souffre-t-il d'allergies : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez lesquelles et comment celles-ci se manifestent :
Comment contrôlez-vous ces manifestations :
Utilise-t-il un médicament : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, lequel et veuillez expliquer la posologie (réf. protocole à remplir) :

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

Date