

FICHE D'INSCRIPTION

V180414

1 INFORMATION SUR L'ENFANT						
Prénom		Nom de famille		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance	Date d'admission
Adresse			Ville	Code Postal	Numéro de téléphone	
Fréquentation de l'enfant AM <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D PM <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D				Langue(s) comprise(s) et parlées <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> EN Autre: _____		
2 INFORMATIONS MÉDICALES, SUR LA SANTÉ ET L'ALIMENTATION DE L'ENFANT						
Assurance Maladie		Date d'expiration	Commentaires à propos de l'état de santé de l'enfant			
Allergies (Médecine)		Allergies (Nourriture)		Allergies (Autre)		
Prénom (pédiatre)		Nom de famille (pédiatre)		Nom de la clinique		
Adresse (clinique)			Ville (clinique)	Code Postal (cli.)	Numéro de téléphone (clinique)	
3 IDENTIFICATION DU PARENT 1						
Prénom		Nom de famille		<input type="checkbox"/> Maman	<input type="checkbox"/> Papa	<input type="checkbox"/> Payeur
Adresse			Ville	Code Postal	Numéro d'assurance sociale	
Numéro de téléphone (maison)	Numéro de téléphone (travail)	Extension	Numéro de téléphone (mobile)	Adresse courriel		
4 IDENTIFICATION DU PARENT 2						
Prénom		Nom de famille		<input type="checkbox"/> Maman	<input type="checkbox"/> Papa	<input type="checkbox"/> Payeur
Adresse			Ville	Code Postal	Numéro d'assurance sociale	
Numéro de téléphone (maison)	Numéro de téléphone (travail)	Extension	Numéro de téléphone (mobile)	Adresse courriel		
5 PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT (autre que les parents)						
Prénom		Nom de famille		Lien à l'enfant		
Adresse			Ville	Code Postal	Numéro de téléphone	
Prénom		Nom de famille		Lien à l'enfant		
Adresse			Ville	Code Postal	Numéro de téléphone	
6 PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (autre que les parents)						
Prénom		Nom de famille		Lien à l'enfant		
Adresse			Ville	Code Postal	Numéro de téléphone	
7 AUTORISATIONS						
<input type="checkbox"/> J'autorise que mon enfant participe aux sorties organisées par la Garderie, soit par la marche ou en autobus scolaire ou municipal						
<input type="checkbox"/> J'autorise que les responsables de la Garderie prennent les dispositions nécessaires, relatives à la santé de mon enfant, en cas d'urgence						
<input type="checkbox"/> J'autorise la prise de photos de mon enfant ainsi que leur emploi dans le cadre pédagogique de la Garderie (diaporamas, Facebook, etc.)						
En signant ce formulaire vous déclarez que les renseignements fournis sont exacts et complets et vous vous engagez à respecter les règlements contenus dans la régie interne de la Garderie						
Nom complet en lettres moulées		Signature du parent		Date		