

## 1.1 Enfant

PRÉNOM		NOM DE FAMILLE		SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		DATE DE NAISSANCE	DATE D'ADMISSION
ADRESSE			VILLE	CODE POSTAL		TÉLÉPHONE	
LANGUE(S) COMPRISE(S) <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> AN Aut: _____		LANGUE(S) PARLÉE(S) <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> AN Aut: _____		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		NIREC (13 CHIFFRES)	

## 1.2 Médicale et alimentation

ASSURANCE MALADIE	EXPIRATION	RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ DE L'ENFANT QUI REQUIERT UNE ATTENTION PARTICULIÈRE					
ALLERGIES (AUX MÉDICAMENTS)		ALLERGIES, INTOLÉRANCES, OU RESTRICTIONS ALIMENTAIRES			ALLERGIES (AUTRES)		
PRÉNOM (MÉDECIN OU INFIRMIÈRE SPÉCIALISÉE)		NOM DE FAMILLE (MÉDECIN OU INFIRMIÈRE SPÉCIALISÉE)		NOM DE LA CLINIQUE			
ADRESSE (CLINIQUE)			VILLE (CLINIQUE)	CODE POSTAL (CLINIQUE)		TÉLÉPHONE (CLINIQUE)	

## 2.1 Parent (ou tuteur) 1

PRÉNOM		NOM DE FAMILLE			LIEN À L'ENFANT <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père		PAYEUR <input type="checkbox"/>
ADRESSE			VILLE	CODE POSTAL		NUMÉR D'ASSURANCE SOCIALE	
TÉLÉPHONE (MAISON)	TÉLÉPHONE (TRAVAIL)	EXTENSION	TÉLÉPHONE (MOBILE)	ADRESSE COURRIEL			

## 2.2 Parent (ou tuteur) 2

PRÉNOM		NOM DE FAMILLE			LIEN À L'ENFANT <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père		PAYEUR <input type="checkbox"/>
ADRESSE			VILLE	CODE POSTAL		NUMÉR D'ASSURANCE SOCIALE	
TÉLÉPHONE (MAISON)	TÉLÉPHONE (TRAVAIL)	EXTENSION	TÉLÉPHONE (MOBILE)	ADRESSE COURRIEL			

## 3.1 Personne autorisée à venir chercher l'enfant (autre qu'une personne identifiée aux sections 2.1 et 2.2)

PRÉNOM		NOM DE FAMILLE			LIEN À L'ENFANT		
ADRESSE			VILLE	CODE POSTAL		TÉLÉPHONE	

## 3.2 Personne autorisée à venir chercher l'enfant (autre qu'une personne identifiée aux sections 2.1 et 2.2)

PRÉNOM		NOM DE FAMILLE			LIEN À L'ENFANT		
ADRESSE			VILLE	CODE POSTAL		TÉLÉPHONE	

## 4.1 Personne à contacter en cas d'urgence (autre qu'une personne identifiée aux sections 2.1 à 3.2)

PRÉNOM		NOM DE FAMILLE			LIEN À L'ENFANT		
ADRESSE			VILLE	CODE POSTAL		TÉLÉPHONE	

## 5.1 Autorisations

J'autorise que mon enfant participe aux sorties organisées par la Garderie, soit par la marche ou en autobus scolaire ou municipal.

Conditions à la participation aux sorties: \_\_\_\_\_

J'autorise que les responsables de la Garderie prennent les dispositions nécessaires, relatives à la santé de mon enfant, en cas d'urgence.

J'autorise la prise de photos de mon enfant ainsi que leur emploi dans le cadre pédagogique de la Garderie.

## 6.1 Signatures

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

\_\_\_\_\_  
PARENT OU TUTEUR 1

\_\_\_\_\_  
PARENT OU TUTEUR 2