

Section 2 – Services éducatifs

2.1 Admission

Date (année-mois-jour) :

2.2 Demi-journées ou journées de fréquentation prévues

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
<input type="checkbox"/> Demi-journée						
<input type="checkbox"/> Journée						

2.3 Conditions à la participation de l'enfant aux sorties (s'il y a lieu)

Y a-t-il des conditions particulières à respecter pour que l'enfant participe aux sorties pendant la prestation des services de garde?	<input type="checkbox"/> Non ▼ Passer à la section 3	<input type="checkbox"/> Oui ▼ Préciser (obligatoire) ▶	Préciser
--	--	---	----------

Section 3 – Santé de l'enfant

3.1 Renseignements particuliers

Renseignements sur la santé de l'enfant qui requiert une attention particulière.	<input type="checkbox"/> Aucun renseignement dans ce sens ▼ Passer à la section 4	<input type="checkbox"/> Il existe au moins un renseignement dans ce sens ▼ Préciser (obligatoire) + Passer à la section 3.2	Préciser (exemple : allergies saisonnières, asthme, etc.)
--	---	---	---

3.2 Suivi médical – santé

L'enfant est-il suivi par un médecin ou une infirmière spécialisée pour une raison liée à la <u>santé</u> ?	<input type="checkbox"/> Non ▼ Passer à la section 4	<input type="checkbox"/> Oui ▼ Remplir la section 3.3 (obligatoire) ▶	3.3 Coordonnées du médecin ou de l'infirmière spécialisée	
		Nom :		Prénom :
		Adresse (numéro, rue) :		
		Ville :		
		Province :	Code postal :	
		Téléphone :	Téléphone (autre) :	

3.4 Instructions du parent

Instructions concernant les dispositions à prendre en cas d'urgence pour la santé de l'enfant.	Préciser (exemple : utilisation Epipen, instructions pour hémophilie, etc.)
--	---

Section 4 – Alimentation de l'enfant

4.1 Renseignements particuliers

Renseignements sur l'alimentation de l'enfant qui requiert une attention particulière.	<input type="checkbox"/> Non ▼ Passer à la section 5	<input type="checkbox"/> Il existe au moins un renseignement dans ce sens ▼ Préciser (obligatoire) + Passer à la section 4.2	Préciser (exemple : allergies alimentaires, intolérances, etc.)
--	--	---	---

4.2 Suivi médical – alimentation

L'enfant est-il suivi par un médecin ou une infirmière spécialisée pour une raison liée à l' <u>alimentation</u> ?	<input type="checkbox"/> Non ▼ Passer à la section 5	<input type="checkbox"/> Oui ▼ Remplir la section 4.3 (obligatoire) ▶	4.3 Coordonnées du médecin ou de l'infirmière spécialisée (si différentes de la section 3.3)	
		Nom :		Prénom :
		Adresse (numéro, rue) :		
		Ville :		
		Province :	Code postal :	
		Téléphone :	Téléphone (autre) :	

Section 5 – Signatures

Parent 1

Signature	Date (année-mois-jour)
-----------	------------------------

Parent 2

Signature	Date (année-mois-jour)
-----------	------------------------