

**IDENTIFICATION DE L'ENFANT:**

Nom et prénom de l'enfant: \_\_\_\_\_ Date de naissance de l'enfant: \_\_\_\_\_

Adresse de l'enfant: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Langue comprise et parlée: \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ ET SUR L'ALIMENTATION DE L'ENFANT** qui requiert une attention particulière, et le cas échéant le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de son médecin :

Allergies connues: \_\_\_\_\_

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin : \_\_\_\_\_

**Fréquentation de l'enfant :**

Date d'admission : \_\_\_\_\_

Cocher les journées ou demi-journées de fréquentation de l'enfant :

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
AM					
PM					

**AUTORITÉ PARENTALE:****A)** Nom et prénom: \_\_\_\_\_

Adresse (si différente de l'enfant): \_\_\_\_\_

Tél. Maison: \_\_\_\_\_ Tél. Travail : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

**B)** Nom et prénom: \_\_\_\_\_

Adresse (si différente de l'enfant): \_\_\_\_\_

Tél. Maison: \_\_\_\_\_ Tél. Travail : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Pour les communications par courriel utiliser le courriel :  Mère  Père  Les deux**PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT EN TOUT TEMPS \* :**

(Inscrire N/A si non applicable)

**A)** Nom et prénom: \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél. 1: \_\_\_\_\_ Tél. 2: \_\_\_\_\_

**B)** Nom et prénom: \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél. 1: \_\_\_\_\_ Tél. 2: \_\_\_\_\_

\*Ces personnes peuvent venir chercher l'enfant en tout temps sans aucune autre autorisation du parent.

Une pièce d'identité peut leur être exigée.

**(VOIR VERSO)**

**PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE:** (Obligation de désigner au moins une personne)

Personnes à contacter autres que les parents. Ces personnes pourront quitter avec l'enfant uniquement en cas d'urgence. Ces personnes seront contactées si les parents sont non rejoignables ou non disponibles en cas d'urgence ou maladie de l'enfant qui exige son exclusion ou de fermeture imprévisible du service de garde.

A) Nom et prénom: \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél 1: \_\_\_\_\_ Tél 2: \_\_\_\_\_

B) Nom et prénom: \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél 1: \_\_\_\_\_ Tél 2: \_\_\_\_\_

**CONSENTEMENT EN CAS D'URGENCE**

OUI  NON  J'autorise \_\_\_\_\_ (nom de la RSG) à prendre les mesures nécessaires relativement à la santé et à la sécurité de mon enfant en cas d'urgence.

**CONSENTEMENT POUR LES SORTIES (aux alentours du service de garde)**

OUI  NON  J'autorise mon enfant à participer aux sorties à l'extérieur du terrain de la résidence (parcs, marches, bibliothèque etc). Les sorties requérant un frais supplémentaire me seront soumises au fur et à mesure sur un formulaire spécifique à ces sorties.

**CONSENTEMENT POUR LA PRISE DE PHOTOS et VIDÉOS**

OUI  NON  Lors d'activités au service de garde, des photos ou des vidéos de votre enfant peuvent être pris. Ces photos serviront à des fins internes seulement (montage, affiche à l'interne, etc.). En aucun temps les photos ou vidéos des enfants ne pourront servir à des fins de publicité et/ou à imager un document ou un écrit.

J'autorise \_\_\_\_\_ (nom de la RSG) à prendre des photos ou vidéos de mon enfant dans les conditions mentionnées ci-haut.

**CONSENTEMENT EN CAS D'ALLERGIES et/ou INTOLÉRANCES**

OUI  NON  Mon enfant à l'allergie alimentaire et/ou une l'intolérance suivante :

\_\_\_\_\_ Avec Épipen :  oui  non

Je consens à ce que \_\_\_\_\_ (nom de la RSG) affiche le nom de mon enfant, sa photo ainsi que la mention de son allergie alimentaire et/ou son intolérance.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

\_\_\_\_\_  
DATE

(Fiche d'inscription- modèle BC/référence RSGÉE article 122)