

HO MA GARDERIE

**4026, Ontario Est
Montréal, Québec, H1W 1T2
514-573-7877(Olga), 514-951-2014(Amel)**

FICHE D'INSCRIPTION HO MA GARDERIE

1 - IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____
Sexe : féminin masculin
Langue(s) comprises et parlée(s) : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____

2 - IDENTIFICATION DES PARENTS OU TITULAIRES DE L'ENFANT

Parent 1

Nom _____
Prénom _____
Lien avec l'enfant _____
Adresse _____
Téléphone _____

Parent2

Nom _____
Prénom _____
Lien avec l'enfant _____
Adresse _____
Téléphone _____

3 - IDENTIFICATION DES PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom et prénom _____
Lien avec l'enfant _____
Adresse _____
Téléphone _____

Nom et prénom _____
Lien avec l'enfant _____
Adresse _____
Téléphone _____

Nom et prénom _____
Lien avec l'enfant _____
Adresse _____
Téléphone _____

4 - IDENTIFICATION DES PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom et prénom _____
Lien avec l'enfant _____
Adresse _____
Téléphone _____

Nom et prénom _____
Lien avec l'enfant _____
Adresse _____

5 - ADMISSION DE L'ENFANT ET FRÉQUENTATION

Date d'admission : _____
Temps plein/partiel _____

6 - INSTRUCTION DU PARENT CONCERNANT LES DISPOSITIONS À PRENDRE EN CAS D'URGENCE

7 - AUTORISATION DE SORTIES

J'autorise la responsable de service de garde à effectuer des sorties avec mon enfant, pendant les heures de prestation des services de garde.

Signature du représentant de l'autorité parentale _____

Date _____

8 - RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ ET L'ALIMENTATION DE L'ENFANT QUI REQUIERT UNE ATTENTION PARTICULIÈRE ET, LE CAS ÉCHÉANT :

LES NOMS, ADRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE SON MÉDECIN : _____

Allergies _____

Votre enfant a-t-il des allergies ? Non Oui Épipen

Si oui, lesquelles ? _____

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé nécessitant des mesures particulières ? _____

Nom de son médecin : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Autorisation pour l'administration d'acétaminophène

Le parent n'est pas tenu de consentir à l'application du protocole. Toutefois s'il ne signe pas ce formulaire, l'acétaminophène ne pourra être administré à son enfant à moins que lui-même et un membre du Collège des médecins du Québec ne donnent leur autorisation par écrit. Il peut limiter la période de validité de l'autorisation en inscrivant la durée d'application à la rubrique prévue à cette fin.

J'autorise la garderie Ho MA Garderie , à administrer à mon enfant conformément au présent protocole, l'acétaminophène.

Nom et prénom de l'enfant _____

Signature du parent _____

Durée de validité de l'autorisation _____

Signature du représentant de l'autorité parentale _____

Date _____