



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION-

---

- 3580 24<sup>è</sup>m rue Laval Ouest     655 Adolphe-Chapleau Bois Des Fillion  
 Installation St-Eustache     Installation Mascouche

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_  
(Nom) (Prénom)

Adresse \_\_\_\_\_

N Téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_ \_\_\_\_

Sexe : M \_\_\_\_ F \_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

### Langue(s) parlée(s) et comprise(s) :

- Français  
 Anglais  
 Autre

Parent ou tuteur :

Nom du père : \_\_\_\_\_ Nom de la mère : \_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

# de téléphone : \_\_\_\_\_ # de téléphone : \_\_\_\_\_

Emploi : \_\_\_\_\_ Emploi : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

Téléphone au travail : \_\_\_\_\_ Téléphone au travail : \_\_\_\_\_

Attendu que le parent ou tuteur légal ci- haut mentionné désire le service de garde pour les jours suivants :

Lun (de \_\_ à \_\_) Mar (de \_\_ à \_\_) Mer (de \_\_ à \_\_) Jeu (de \_\_ à \_\_) Vend (de \_\_ à \_\_)

Statut Martiale :

Marié(e) \_\_\_\_\_ Célibataire \_\_\_\_\_ Séparé(e) \_\_\_\_\_ Divorcé(e) \_\_\_\_\_

Qui a la garde légale de l'enfant? Les 2 parents \_\_ mère \_\_ père \_\_ tuteur \_\_

**Autres personnes responsables de votre enfant**

**Famille :**

Nom : \_\_\_\_\_

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

Tél à la maison \_\_\_\_\_ Tél au travail : \_\_\_\_\_

**Gardienne :**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél à la maison :: \_\_\_\_\_ Tél au travail : \_\_\_\_\_

Autorisez- vous d'autres personnes que vous- même à venir chercher votre enfant?

Oui

Non

**Si oui**, donnez les noms, adresse et numéro de téléphone.

**Personnes autorisés à venir chercher l`enfant  
(Doit être AGÉ DE 16 ANS)**

**Seulement les personnes sur cette liste ont l`autorisation à venir chercher  
l`enfant au moins d`avis verbal d`un parent ou tuteur**

Nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

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

Nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

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

Nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

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

Nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

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

Nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

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

**En cas d`urgence le parent sera toujours avisé, si nous ne pouvons vous  
rejoindre Y- a- T- il d`autres personnes que vous – même que nous  
pouvons contacter?**

Nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

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

Nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

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

### Information Médicale

Médecin de famille : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

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

Allergie/Intolérance : \_\_\_\_\_

Est-ce que l'enfant est immunisé? \_\_\_\_\_

Votre enfant est- t- il a jour avec l`immunisation? \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t- il déjà été hospitalisé ou subit une opération? \_\_\_\_\_

Si oui, Spécifiez \_\_\_\_\_

Autre problème de santé : \_\_\_\_\_

Votre enfant a t- il une déficience physique?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si oui, décrivez \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant prend des médicaments sur une base régulière :

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si oui décrivez, \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant a eu une ou plusieurs maladies suivantes?

Scarlatine \_\_\_\_\_ Rougeole \_\_\_\_\_ Méningite \_\_\_\_\_ Encéphalite \_\_\_\_\_

Bronchite \_\_\_\_\_ Varicelle \_\_\_\_\_ Rhume et grippe \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

### Information sur le développement de l'enfant

Est-ce que votre enfant a des caractéristiques particulières concernant son attitude

Comment décrivez- vous son attitude générale (calme, agité, timide...)

\_\_\_\_\_

Quelle activité votre enfant aime-t-il particulièrement (casse-tête, bricolage...)

\_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant aime jouer avec d`autres enfants Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Votre enfant a- t-il des besoins spéciaux que nous devons connaître?

(Régime alimentaire, restriction d`ordre religieux, objet sécurisant...)

\_\_\_\_\_

Routine de repas :

Instruction spéciale : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Routine de breuvage :

Instruction spéciale : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**\*\* Toutes bouteilles doivent être identifiées avec le nom de votre enfant\*\***

Routine de changement de couches :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Routine du repos :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Existe-t-il actuellement dans la famille des circonstances pouvant avoir une incidence sur votre enfant et dont nous devrions être informés?

(séparation, décès, naissance,...)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

AUTORISATION EN CAS D'URGENCE:

En cas d'urgence, j'autorise la garderie Coffre à jouets à prendre les dispositions nécessaires relatives à la santé de mon enfant.

- Oui  
 Non

AUTORISATION EN DE SORTIE:

J'autorise la garderie Coffre à jouets à prendre mon enfant aux sorties extérieures à proximité de la garderie (Marche quotidienne, parc...).

- Oui  
 Non

AUTORISATION EN DE PHOTOS:

J'autorise la garderie Coffre à jouets à prendre des photos et vidéos de mon enfant qui pourront être diffusés sur notre site internet et notre page privée de Facebook.

- Oui  
 Non

J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS CI-HAUT SONT CONFORMES ET VÉRÉDIQUES:

Signature de l'autorité parentale (mère): \_\_\_\_\_

Signature de l'autorité parentale (père): \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\\_\_\_\_\\_\_\_\_