



Sainte-Anne-des-Plaines

Inscription (fiche de L'enfant)

Nom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

Adresse : _____ # de tél. : _____

Nom de la mère : _____

de tél. : _____

Nom du père : _____

de tél. : _____

Problème de santé : _____

Qui a le droit de venir chercher votre ou vos enfants :

*Nom : _____ # de tél. : _____

Noms des personnes pouvant être contactées en cas d'urgence

* Nom : _____ # de tél. : _____

* Nom : _____ # de tél. : _____

Habitudes de vie :

Est-ce que votre enfant dort bien ? _____

Durée de la sieste? a.m. _____ p.m. _____

Contrôle-t-il bien ses selles? _____

Contrôle-t-il bien ses urines? _____

Se réveille-t-il régulièrement la nuit? _____

A-t-il des habitudes particulières à la sieste? (couverture, suce, toutou, etc.)

fl/w/usb/perp.

L'enfant prend-t-il des médicaments sur une base régulière?

Si oui, lesquels : _____

J'autorise la Maison de la Famille à administrer à mon enfant, **prescrit par le médecin**

Heure	Nom du médicament	Posologie	Signature des parents

Les employées de la Maison ne sont pas autorisées à donner du Tylenol ou Tempra à vos enfants, si vous enfants en ont besoin ils seront mieux à la maison avec vous.

L'enfant a-t-il des allergies ? Si oui, lesquelles? _____

J'autorise les personnes assumant la garde de mon enfant à agir en mon nom en cas d'urgence ou d'accident. OUI NON

J'autorise la Maison de la famille à prendre des photos de mon enfant lors des activités de la halte-garderie. OUI NON

J'ai pris connaissance des règlements. OUI NON

Signature du parent : _____ Date : _____

Signature du personnel de la Maison : _____

2017-2018

2018-2019

2019-2020

2020-2021