



# *Fiche d'inscription de l'enfant*

## *Bureau coordonnateur*

### *La Marelle des Bois-Francs*

#### **INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR L'ENFANT**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe :  F  M Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Année/mois/jour)

Numéro d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

Si non disponible, inscrire celui du parent : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

Date d'admission de l'enfant \_\_\_\_\_ Date du départ de l'enfant \_\_\_\_\_

Langue(s) parlée(s) : français  anglais  autre(s) \_\_\_\_\_

Langue(s) comprise(s) : français  anglais  autre(s) \_\_\_\_\_

#### **IDENTIFICATION DES PARENTS :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

Téléphones résidence : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

(Si différente de l'autre parent)

Téléphones résidence : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale: \_\_\_\_\_

**Si on devait communiquer par téléphone avec un parent, lequel devrait-on joindre en premier?**

\_\_\_\_\_

**En cas d'urgence, j'autorise le service de garde à prendre les dispositions nécessaires, relatives à la santé de mon enfant et j'accepte d'en assumer les coûts.**

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

***EXIGENCES PARTICULIÈRES À RESPECTER***

**Aliments préférés :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Aliments refusés :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Remarque :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Horaire des siestes et/ou du repos de nuit :** \_\_\_\_\_

**Activités préférées :** \_\_\_\_\_

**Peurs de l'enfant :** \_\_\_\_\_

**Autres informations :** \_\_\_\_\_

***INFORMATIONS RELATIVES À LA SANTÉ***

**Maladie passée(s) et maladies actuelle(s) :** \_\_\_\_\_

**Allergies/Intolérance :** \_\_\_\_\_

**Autres commentaires sur la santé :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## PERSONNES AUTORISÉES

**J'autorise les personnes** suivantes à venir chercher mon enfant au service de garde, ou à être rejoint en cas d'urgence (si les parents ne peuvent être rejoints) :

Réponse obligatoire

| Noms | Prénoms | Lien avec l'enfant | Tél. résidence | Tél. travail |
|------|---------|--------------------|----------------|--------------|
|      |         |                    |                |              |
|      |         |                    |                |              |
|      |         |                    |                |              |

### Mesure sécuritaire :

#### Sécurité de l'enfant face à un adulte venant chercher l'enfant sous l'effet d'alcool ou de drogue

(Article 32 du code civil)

« Toute personne faisant parti du personnel du Centre de la petite enfance/ Bureau coordonnateur ou la responsable en service de garde, a le droit de refuser de remettre l'enfant à un parent ou un autre adulte chargé de venir le chercher s'il est sous l'effet d'alcool, de drogue ou semble présenter des facultés affaiblies. Dans un tel cas, la personne faisant parti du personnel du Centre de la petite enfance/ Bureau coordonnateur ou la responsable en service de garde doit communiquer avec l'autre parent ou toute autre personne qu'il avait désigné comme personne responsable en cas d'urgence, tel qu'inscrit préalablement dans la fiche d'inscription. »

### Autorisations

J'autorise la responsable en milieu familial à faire des sorties quotidiennes à pied avec mon enfant.

Oui  Non **Signature du parent:** \_\_\_\_\_

J'autorise la responsable en milieu familial à prendre des photographies de mon enfant, celle-ci pourront être affichées sur différents tableaux. Je suis également conscient (te) que mon enfant peut être prit en photo par tout autres personnes. (Autres parents)

Oui  Non **Signature du parent:** \_\_\_\_\_

J'autorise le Centre de la petite enfance La Marelle à mettre des photos de mon enfant sur son site Web.

Oui  Non **Signature du parent:** \_\_\_\_\_

J'autorise le bureau coordonnateur La Marelle des Bois-Francis à transmettre les informations nécessaires au ministère de la Famille et des Aînés pour une subvention pour enfant handicapé ou pour une demande de place à contribution réduite ou exemptée.

Oui  Non **Signature du parent:** \_\_\_\_\_

**J'affirme que les renseignements indiqués dans cette fiche sont exacts et dévoilent toutes les informations qui m'ont été demandées.**

\_\_\_\_\_  
*Signature du parent*

\_\_\_\_\_  
*Date*

**Article de loi 122 dernier paragraphe; Cette fiche doit être signée et conservée sur les lieux de la prestation des services de garde et remise au parent lorsque les services de garde ne sont plus requis.**



## *Autorisation pour l'administration de médicaments*

### **Identification**

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_  
Nom du parent : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Nom du parent : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Nom de la RSG : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

### **Autorisation pour l'administration de médicament**

Le parent n'est pas tenu de consentir à l'administration des médicaments suivants. Toutefois, s'il ne signe pas les autorisations ceux-ci ne pourront être administrés à l'enfant. Cocher les éléments autorisés.

- J'autorise la responsable en milieu familial à administrer à mon enfant des gouttes nasales salines.
- J'autorise la responsable en milieu familial à appliquer à mon enfant de la crème solaire.  
Marque: \_\_\_\_\_
- J'autorise la responsable en milieu familial à administrer à mon enfant de la solution orale d'hydratation.
- J'autorise la responsable en milieu familial à appliquer à mon enfant de la crème pour érythème fessier.
- J'autorise la responsable en milieu familial à appliquer à mon enfant la lotion de calamine.
- J'autorise la responsable en milieu familial à appliquer à mon enfant du baume à lèvres.
- J'autorise la responsable en milieu familial à appliquer à mon enfant de la crème hydratante.

**Signature du parent:** \_\_\_\_\_



## Autorisation pour demande d'assistance professionnelle

### Identification

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

Nom du parent : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom du parent : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom de la RSG : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Agent(e) de soutien technique et pédagogique : \_\_\_\_\_

### Autorisations

J'autorise ma responsable de service de garde \_\_\_\_\_ à prendre les dispositions nécessaires afin d'obtenir auprès de son agent(e) en soutien pédagogique et technique \_\_\_\_\_ une visite d'observation et je permets l'échange d'informations pertinentes entre celles-ci.

Je permets utilisation d'outils de dépistage par l'agent(e) tel que

GED,

ASQ-SE

Outils référence en orthophonie

J'autorise ma responsable de service de garde et l'agente de soutien pédagogique et technique ci-haut mentionnées à élaborer un plan d'action afin de soutenir mon enfant dans ses apprentissages et faciliter son cheminement.

J'autorise le CPE La Marelle des Bois-Francis à prendre les dispositions nécessaires afin d'obtenir auprès d'un professionnel les outils d'interventions adéquats pour aider mon enfant et/ou à me référer à des ressources d'aide professionnelles extérieures (pédiatres, orthophoniste, CSSSAE, psychoéducatrice et autres).

Je permets également que le professionnel rencontre les personnes concernées ayant un lien éducatif avec mon enfant afin de discuter des moyens d'interventions pouvant être mis en application.

### Signature et entente

✓ Si je suis le seul parent à signer, je m'engage à ce que l'autre parent détenant l'autorité parentale, soit informé des interventions prévues auprès de l'enfant.

✓ Cette autorisation est valable pour la durée de la fréquentation de mon enfant au service de garde.

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

Parent : \_\_\_\_\_

RSG : \_\_\_\_\_