



Application for enrolment in a Home Child Care Agency
Demande d'inscription dans une agence de garde d'enfants en milieu familial

Child/Enfant

Name/Nom: _____ Male/Mâle Female/Femelle

Date of birth (d/m/y)/Date de naissance (j/m/a): _____

Home address/Adresse du domicile: _____

City/Ville: _____ Postal Code/Code postal: _____

Parent-1

Name/Nom: _____

Date of birth (d/m/y)/Date de naissance (j/m/a): _____

Home address/Adresse du domicile: _____

City/Ville: _____ Postal Code/Code postal: _____

Telephone #/N° téléphone: _____

Work address/Adresse au travail: _____

Telephone #/N° téléphone: _____

Email address/Adresse courriel: _____

Parent-2

Name/Nom: _____

Date of birth (d/m/y)/Date de naissance (j/m/a): _____

Home address/Adresse du domicile: _____

City/Ville: _____ Postal Code/Code postal: _____

Telephone #/N° téléphone: _____

Work address/Adresse au travail: _____

Telephone #/N° téléphone: _____

Email address/Adresse courriel: _____

Child lives with/L'enfant demeure avec:

- Both parents/Les deux parents
- Father only/Père seulement

- Mother only/Mère seulement
- Other/Autre: _____

Care preferred in which language?/Les soins préférés dans quelle langue?

- French/Français
- English/Anglais

Has your child been in day care before?/Est-ce que votre enfant a déjà été dans un service de garde?

- Yes/Oui
- No/Non

Attendance/Fréquentation

Date of care needed/Date souhaitée pour le début du service: _____

- Day/Journée
- Half day/Demi-journée

Monday/Lundi	Tuesday/Mardi	Wednesday/Mercredi	Thursday/Jeudi	Friday/Vendredi	Saturday/Samedi	Sunday/Dimanche
<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> AM
<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> PM

Drop-off time/Heure d'arrivée: _____ Pick-up time/Heure de départ: _____

In Case of Emergency/En cas d'urgence

Name of person to be contacted if parent cannot be reached in case of an emergency during the hours of care/Nom de la personne avec qui communiquer en cas d'urgence durant les heures de garde si les parents ne peuvent être rejoints: _____

Home address/Adresse du domicile: _____ City/Ville: _____

Telephone #/N° téléphone: _____

Name of persons to whom the child may be released/Nom des personnes à qui l'enfant peut être confié:

- 1. _____ 2. _____
- 3. _____ 4. _____

Medical Information/Renseignements médicaux

1. Child's family physician/Nom du médecin de famille de l'enfant: _____

Address/Adresse: _____ City/Ville: _____

Telephone #/N° téléphone: _____

2. Child's previous history of communicable diseases/Historique des maladies contagieuses contractées par l'enfant:

3. All children enrolled in authorized Child Care programs must be immunized as recommended by the local medical officer of health, unless otherwise exempted./Tous les enfants inscrits à des programmes autorisés de garde d'enfant doivent être immunisés selon les recommandations du médecin-hygiéniste local, à moins d'en être exemptés.

Please attach a copy of your child's immunization record.

Veillez inclure une photocopie du dossier d'immunisation de votre enfant.

3. Special medical conditions/Troubles médicaux particuliers:

Check if these problems apply to your child/Cochez si ces problèmes s'appliquent à votre enfant :

- Prosthesis/Prothèse Eczema/Eczéma Attention deficit/Déficit de l'attention Asthma/Asthme
 Arthritis/Arthrite Hyperactivity/Hyperactivité Convulsions/Convulsions Epilepsy/Épilepsie
 Hearing problems/Problèmes d'ouïe Problems with language /Problèmes de langage
 Autism/Autisme Diabetic/Diabète Kidney or bladder problems/Problèmes de reins ou de vessie
 Autres/Others (specify/spécifiez):

4. Child's allergies/Allergies de l'enfant: _____

For each child with an anaphylactic allergy, with the participation of a parent and the child's physician, the development of an individual plan that includes emergency procedures applicable to the child must be filled out/
Pour chaque enfant souffrant d'une allergie anaphylactique, avec la participation d'un parent et du médecin de l'enfant, l'élaboration d'un plan individuel qui comprend les procédures d'urgence applicables à l'enfant doit être rempli.

5. Special requirements for diet, rest, or exercise/Exigences particulières concernant le régime alimentaire, le repos ou l'exercice:

6. Symptoms of child's ill health (indicate child's usual reaction to illness; e.g. high temperature, flushing, vomiting, irritability...)/Symptômes présentés par l'enfant en cas de maladie (indiquer la réaction habituelle de l'enfant en cas de maladie, p. ex. température élevée, rougeur, vomissement, irritabilité...)

7. Medical treatment, drug or medication to be administered during the hours the child is receiving care (written and signed instructions must be provided by a parent of the child)/Traitement médical ou médicament à donner à l'enfant pendant les heures de garde (des instructions écrites et signées doivent être fournies par le parent de l'enfant)

Please share with us some additional information about your child (e.g. child's habits, toilet routine, favourite activities, routines, fears, etc.) – **please use the back of this page.**

Fournir des renseignements supplémentaires sur votre enfant (p. ex. habitudes, routine de toilette, activités préférées et régulières, peurs, etc.) – **veuillez utiliser le verso de cette page.**

Parent's signature/Signature du parent: _____

Date: _____

Date of/d'admission: _____ Date of discharge/de terminaison: _____

Prescott and Russell Child Care Services/Les Services de garde de Prescott et Russell
59, rue Court Street, C. P./P. O. Box 303, L'Original ON K0B 1K0
Telephone #/N° téléphone: (613) 675-4642/1-800-667-9825
Fax/Télécopieur: 1-866-507-6310
Email address/Adresse courriel: servicedegarde@prescott-russell.on.ca

