



Inscription pour l'Agence de garde familial agréée de Prescott et Russell

Enfant

Nom : _____ Genre : _____

Date de naissance (j/m/a) : _____

Parent 1

Nom: _____ Date de naissance (j/m/a): _____

Adresse du domicile : _____

Ville : _____ Code postal : _____

N° cellulaire : _____ Autre N°: _____

Adresse courriel : _____

Adresse au travail : _____

N° téléphone : _____

Parent 2

Nom: _____ Date de naissance (j/m/a): _____

Même adresse que parent 1

Adresse du domicile : _____

Ville : _____ Code postal : _____

N° cellulaire : _____ Autre N°: _____

Adresse courriel : _____

Adresse au travail : _____

N° téléphone : _____

L'enfant demeure avec :

- Les deux parents Mère seulement
 Père seulement Autre : _____

Les soins préférés dans quelle langue ?

- Français Anglais

Fréquentation

Date souhaitée pour le début du service : _____

- Journée complète Demi-journée

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	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

Heure d'arrivée : _____ Heure de départ : _____

Régions désirées :

En cas d'urgence

Nom de la personne à contacter en cas d'urgence durant les heures de garde si les parents ne peuvent être rejoints :

Nom : _____ N° téléphone : _____

Personnes, autres que les parents, à qui l'enfant peut être confié :

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Renseignements médicaux

Nom du médecin de famille de l'enfant : _____

Adresse : _____ Ville : _____

N° téléphone : _____

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.

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

1. **Troubles médicaux particuliers** : Oui Non

Si vous avez coché oui, svp spécifiez ;

2. **Allergies de l'enfant** : Oui Non

Si vous avez coché oui, svp spécifiez ; _____

Pour chaque enfant souffrant d'une allergie anaphylactique, avec votre participation, l'élaboration d'un plan individuel qui comprend les procédures d'urgence applicables à l'enfant doit être remplie.

3. **Intolérance alimentaire** : Oui Non

Si vous avez coché oui, svp spécifiez ; _____

4. **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...*).

5. **Traitement médical ou médicament à donner à l'enfant pendant les heures de garde** : Oui Non

Des instructions écrites et signées doivent être fournies par le parent de l'enfant.

Si vous avez coché oui, svp spécifiez ; _____

Renseignements supplémentaires

Vous pouvez fournir des renseignements supplémentaires sur votre enfant
(p. ex. habitudes, routine de toilette, activités préférées et régulières, peurs, etc.)

Signature du parent : _____ Date : _____

À l'usage du bureau

Date d'admission : _____ Date de terminaison : _____

Services à la petite enfance de Prescott et Russell
876, rue James Hawkesbury ON K6A 2M3
No téléphone : 1-800-764-3434
Télécopieur : 1-866-507-6310
Adresse courriel : ServicesALaPetiteEnfance@prescott-russell.on.ca