

FICHE D'INSCRIPTION
Centre Éducatif Petit Monde

Date d'admission : ____/____/____
 jour mois année

Identification de l'enfant

Nom :	Prénom :		
Adresse :			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Ville :	Date de naissance :		
Code postal :	Langue(s) parlée(s) et comprise(s) :		
Téléphone :	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre : _____		

Identification du ou des parents

P È R E	Nom:	Prénom:		
	Adresse:			
	Téléphone	(rés)	(trav)	(cell)
M È R E	Nom:	Prénom:		
	Adresse:			
	Téléphone	(rés)	(trav)	(cell)

Identification des personnes à contacter en cas d'urgence

Nom:	Prénom:		
Adresse:			
Téléphone	(rés)	(trav)	(cell)
Nom:	Prénom:		
Adresse:			
Téléphone	(rés)	(trav)	(cell)

Identification des personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom:	Prénom:		
Adresse:			
Téléphone	(rés)	(trav)	(cell)
Nom:	Prénom:		
Adresse:			

Téléphone	(rés)	(trav)	(cell)
-----------	-------	--------	--------

Renseignements sur la santé et l'alimentation de l'enfant

Numéro d'assurance maladie de l'enfant : _____

Date d'expiration : ____/____

En cas de maladie demandant des soins particuliers :

Nom du médecin : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Nom de l'hôpital ou de la clinique médicale habituelle : _____

Santé

Votre enfant est-il en bonne santé ? oui non

A-t-il des problèmes de santé qui nécessitent des soins particuliers ? oui non

Si oui, lesquels ? _____

Prend-il des médicaments de façon régulière? oui non

Si oui, lesquels ? _____

Effets secondaires de cette médication : _____

Votre enfant souffre-t-il de :	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>PRÉCISEZ</u>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Eczéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infection urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trouble cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Trouble visuel _____
Trouble du langage _____
Trouble auditif _____
Allergies _____
Autres _____

Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé ? oui non

Si oui, à quelle occasion ? _____

De quelles maladies contagieuses a-t-il déjà été atteint ?

Rougeole Coqueluche Rubéole Scarlatine

Varicelle Oreillons Méningite Diphtérie

Alimentation

Votre enfant est-il astreint à une diète spéciale prescrite par une autorité compétente? oui non

Si oui, quelles sont les particularités de cette diète ? _____

Nom du professionnel qui l'a prescrite : _____

A-t-il déjà fait des réactions allergènes à certains aliments ? oui non

Si oui, lesquels ? _____

Votre enfant a-t-il déjà goûté aux aliments suivants :

Poisson Oeuf entier Beurre d'arachides Noix Autre : _____

AUTORISATIONS

J'accepte que l'éducatrice applique de la crème solaire à mon enfant.

J'accepte que les éducatrices prennent des photos de mon enfant pour afficher dans le local.

Signature du parent: _____ **Date:** _____

J'autorise le personnel du Centre Éducatif Petit Monde à administrer un médicament sous prescription médicale.

En cas d'urgence, j'accepte que le personnel du Centre Éducatif Petit Monde conduise mon enfant au centre médical le plus proche. .

Signature du parent : _____ Date : _____

Je certifie que les renseignements contenus dans cette fiche sont exacts et complets.

Signature du parent : _____ Date : _____