

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

GARDERIE LES PREMIERS PAS

5615 Chemin de la Côte Saint-Luc

Montréal, Qc H3X 2C9

Tél : (514) 839-2494



S'il vous plait, Veuillez remplir et signer au complet le présent formulaire afin de confirmer l'inscription de votre enfant

ENFANT

Nom de l'enfant : _____ Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____ Âge à l'inscription : _____

Adresse Domicile : _____

Téléphone : _____ N° Assurance maladie : _____

Est-ce votre enfant souffre d'une incapacité physique ? Oui : _____ Non : _____

Si oui laquelle ? _____

Date à laquelle votre enfant débutera : _____

Les jours de fréquentation de votre enfant sont les suivants (cocher) :

Temps plein ()

LANGUE(S) PARLÉE(S) ET COMPRISE(S)

Par le père : _____ Par la mère : _____

Par l'enfant : _____ À la maison : _____

PARENTS / TUTEURS

Nom du père / Tuteur : _____ **Prénom** du père / Tuteur : _____

Adresse Domicile : _____

Téléphone : _____ **Cellulaire** : _____

Nom de l'employeur : _____ Téléphone : _____

Courriel : _____

Nom de la mère: _____ **Prénom** de la mère: _____

Adresse Domicile : _____

Téléphone : _____ **Cellulaire** : _____

Nom de l'employeur : _____ Téléphone : _____

Courriel : _____

EN CAS D'URGENCES

Nom : _____ **Prénom** : _____

Lien de parenté : _____

Adresse Domicile : _____

Téléphone : _____ **Cellulaire** : _____

Nom du pédiatre / Médecin de famille : _____

Téléphone : _____

Adresse : _____

Autorisez-vous le personnel de la garderie à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence ?

Oui : _____ Non : _____

** Les frais de service ambulanciers sont à votre charge*

QUI ACCOMPAGNERA ET RÉCUPÉRERA VOTRE ENFANT ?

Nom : _____ Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Adresse Domicile : _____

Téléphone : _____ Cellulaire : _____

** Veuillez nous aviser de tous changements*

AUTRES INFORMATIONS

Votre enfant a-t-il déjà fréquenté un service de garde ? Oui : _____ Non : _____

Est-ce que votre enfant a des allergies (alimentaires, médicamenteuses), des restrictions alimentaires ou une diète spéciale ? Oui : _____ Non : _____

Si oui, lesquelles : _____

Est-ce que votre enfant a des problèmes de santé ? Oui : _____ Non : _____

Si oui, lesquelles : _____

Votre enfant est-il vacciné ? Oui : _____ Non : _____

Ses vaccins sont-ils à jours ? Oui : _____ Non : _____

Est-ce que votre enfant a des besoins particuliers ? _____

Autorisez-vous la garderie à faire des sorties extérieures avec votre enfant (parc, promenade) à pieds ou en pouponbus ? Oui : _____ Non : _____

** Toutes autres sorties (cabane à sucre, biodôme) vous seront avisés le moment venu avec demande d'autorisation.*

À quel nom le reçu d'impôt de vos frais de garde devra être fait ?

Nom : _____ Prénom : _____

Autorisation pour l'application de crèmes solaires

Le parent n'est pas tenu de consentir à l'application du protocole. Toutefois s'il ne signe pas ce formulaire, l'application de crèmes solaires ne pourra être faite sur son enfant. Il peut limiter la période de validité de l'autorisation en inscrivant une durée d'application à la rubrique prévue à cette fin.

J'autorise **LA GARDERIE LES PREMIERS PAS** à appliquer sur mon enfant, conformément au présent protocole, la crème solaire vendue sous la marque commerciale suivante :

Marque de commerce et facteur de protection solaire (FPS)

Nom et prénom de l'enfant

Durée de validité de l'autorisation

Date

Signature du parent

Autorisation pour l'application de crèmes à base d'oxyde de zinc pour le siège

Le parent n'est pas tenu de consentir à l'application du protocole. Toutefois s'il ne signe pas ce formulaire, l'application d'une crème à base d'oxyde de zinc pour le siège ne pourra être faite sur son enfant. Il peut limiter la période de validité de l'autorisation en inscrivant une durée d'application à la rubrique prévue à cette fin.

J'autorise **LA GARDERIE LES PREMIERS PAS** à appliquer sur mon enfant, conformément au présent protocole, la crème solaire vendue sous la marque commerciale suivante :

Marque de commerce

Nom et prénom de l'enfant

Durée de validité de l'autorisation

Date

Signature du parent

Autorisation pour l'administration de solutions orales d'hydratation commerciales

Le parent n'est pas tenu de consentir à l'application du protocole. Toutefois s'il ne signe pas ce formulaire, les solutions orales d'hydratation commerciales ne pourront être administrées à son enfant. Il peut limiter la période de validité de l'autorisation en inscrivant une durée d'application à la rubrique prévue à cette fin.

J'autorise **LA GARDERIE LES PREMIERS PAS** à administrer, conformément au présent protocole, la solution orale d'hydratation vendue sous la marque commerciale suivante :

Marque de commerce

Nom et prénom de l'enfant

Durée de validité de l'autorisation

Date

Signature du parent

Autorisation pour l'administration d'acétaminophène

Le parent n'est pas tenu de consentir à l'application du protocole. Toutefois s'il ne signe pas ce formulaire, l'acétaminophène ne pourra être administré à son enfant. Il peut limiter la période de validité de l'autorisation en inscrivant une durée d'application à la rubrique prévue à cette fin.

J'autorise **LA GARDERIE LES PREMIERS PAS** à appliquer sur mon enfant, conformément au présent protocole, l'acétaminophène vendu sous la marque commerciale suivante :

Marque de commerce, forme (gouttes, sirop ou comprimés) et concentration

Nom et prénom de l'enfant

Durée de validité de l'autorisation

Date

Signature du parent

Autorisation pour les insectifuges

Le parent n'est pas tenu de consentir à l'application du protocole. Toutefois s'il ne signe pas ce formulaire, l'insectifuge ne pourra être appliqué sur son enfant. Il peut limiter la période de validité de l'autorisation en inscrivant une durée d'application à la rubrique prévue à cette fin.

J'autorise **LA GARDERIE LES PREMIERS PAS** à appliquer sur mon enfant, conformément au présent protocole, l'insectifuge vendue sous la marque commerciale suivante :

Marque de commerce (lotion, crème, gel, liquide, vaporisateur ou aérosol) et concentration du produit actif DEET

Nom et prénom de l'enfant

Durée de validité de l'autorisation

Date

Signature du parent

Autorisation pour l'administration de gouttes nasales salines

Le parent n'est pas tenu de consentir à l'application du protocole. Toutefois s'il ne signe pas ce formulaire, les gouttes nasales salines ne pourront être administrées à son enfant. Il peut limiter la période de validité de l'autorisation en inscrivant une durée d'application à la rubrique prévue à cette fin.

J'autorise **LA GARDERIE LES PREMIERS PAS** à administrer, conformément au présent protocole, des gouttes nasales salines vendue sous la marque commerciale suivante :

Marque de commerce

Nom et prénom de l'enfant

Durée de validité de l'autorisation

Date

Signature du parent

Je certifie que les données sont exactes et que j'ai pris connaissance de la régie interne.

Nom (lettres moulées S.V.P.) _____

Signature du parent : _____ *Date :* _____

Toutes les informations de ce document sont tenues confidentielles et ce dernier vous sera remis lorsque les services de gardes ne sont plus requis.