

**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT**

\_\_\_\_\_

Prénom et nom de l'enfant

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

Ville

\_\_\_\_\_

Code postal

\_\_\_\_\_

Téléphone

\_\_\_\_\_

Date de naissance

\_\_\_\_\_

Âge

\_\_\_\_\_

Sexe      F                  M

\_\_\_\_\_

No assurance-maladie

\_\_\_\_\_

Date d'expiration

**RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS**

\_\_\_\_\_

Nom du père

\_\_\_\_\_

Nom de la mère

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

Ville

\_\_\_\_\_

Code postal

\_\_\_\_\_

Ville

\_\_\_\_\_

Code postal

\_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire

\_\_\_\_\_

Téléphone travail

\_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire

\_\_\_\_\_

Téléphone travail

\_\_\_\_\_

Adresse courriel

\_\_\_\_\_

Adresse courriel

**EN CAS D'URGENCE**

Personne à joindre en cas d'urgence :

Père et mère                  Mère                  Père                  Tuteur

Deux autres personnes à joindre en cas d'urgence :

\_\_\_\_\_

Prénom et nom

\_\_\_\_\_

Prénom et nom

\_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant

\_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant

\_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire

\_\_\_\_\_

Téléphone (autre)

\_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire

\_\_\_\_\_

Téléphone (autre)

**PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER MON ENFANT**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CONDITION MÉDICALE**

Votre enfant a-t-il une maladie/condition médicale diagnostiquée? Oui Non

Votre enfant prend-il des médicaments en lien avec cette condition médicale? Oui Non

Si oui, noms des médicaments : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

Devra-t-il prendre ses médicaments au service de garde? Oui Non

Les prend-il lui-même? Oui Non Précisez : \_\_\_\_\_

**\*Si votre enfant doit prendre des médicaments,** vous devrez, à votre arrivée au service de garde, remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

Un formulaire d'autorisation doit être rempli pour tous les médicaments, incluant ceux en vente libre (acétaminophène, Advil, etc.).

**ALLERGIES**

Votre enfant a-t-il des allergies?

Fièvre des foins Oui Non

Herbe à puce Oui Non

Piqûres d'insecte Oui Non

Animaux\* Oui Non

Médicaments\* Oui Non

Allergies alimentaires\* Oui Non

\*Précisez :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies?

Oui Non

**À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE**

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le service de garde de la Municipalité de Val-Alain à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline \_\_\_\_\_ à mon enfant.

Le fait de cocher cette case équivaut à la signature du parent.

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Date

**AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES ( UTILISEZ LES ÉNONCÉS APPLICABLES À VOTRE SITUATION )**

Votre enfant sait-il nager? Oui Non

Votre enfant a-t-il besoin de flotteurs, ballon dorsal, veste de flottaison? Oui Non

Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions? Oui Non

Si oui, expliquez : \_\_\_\_\_



