

Date d'inscription \_\_\_\_\_

Date de début \_\_\_\_\_

Nom de l'enfant		Prénom	Nom de famille		Masculin <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/>
Date de naissance		Numéro d'assurance-maladie		Date d'expiration		
Adresse	Rue	Numéro d'app. Ville		Province	Code postal	
Nom du parent/tuteur			Adresse électronique		Téléphone (domicile)	
Adresse	Rue	Numéro d'app. Ville		Province	Code postal	
(si elle diffère de celle de l'enfant)						
Lieu de travail			Téléphone (travail)		Téléphone cellulaire	
Nom du parent/tuteur			Adresse électronique		Téléphone (domicile)	
Adresse	Rue	Numéro d'app. Ville		Province	Code postal	
(si elle diffère de celle de l'enfant)						
Lieu de travail			Téléphone (travail)		Téléphone cellulaire	
Arrangement d'hébergement de l'enfant						
<b>A part vous, qui est autorisé à aller chercher votre enfant?</b>						
Nom	Lien de parenté	Adresse			Numéro de	
		adresse, rue, numéro d'app., ville, province, code postal			téléphone le jour	

**Si les parents changent les dispositions pour qu'une autre personne ramasse leur enfant, ils doivent en informer la garderie au préalable.**

Qui n'est pas autorisé à aller chercher votre enfant?
Nom
Nom
Nom

**Les documents appropriés, par exemple l'ordonnance de garde, doivent être joints à ce formulaire s'il est interdit à un parent d'être en contact avec l'enfant. Veuillez en discuter avec l'exploitant ou l'administrateur de votre garderie.**

Coordonnées de deux personnes avec qui communiquer en cas d'urgence et qui peuvent intervenir en moins d'une heure s'il s'avère impossible de joindre les parents ou les tuteurs			
Nom	Lien de parenté	Adresse <small>adresse, rue, numéro d'app., ville, province, code postal</small>	Numéro de téléphone le jour

#### Dossier de santé de l'enfant

<p><b><u>ALERTE D'ALLERGIE</u> :</b> Veuillez préciser les allergies graves de l'enfant.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>Les allergies inscrites ci-dessus sont-elles suffisamment graves pour exiger l'utilisation d'un dispositif EpiPen, de médicaments ou d'un traitement d'urgence?</b></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><b>Le cas échéant, veuillez remplir le formulaire <i>Gestion d'une allergie extrême et plan d'urgence</i>, lequel est disponible auprès de l'exploitant.</b></p>
<p>Veuillez indiquer toute allergie alimentaire, réaction à un médicament ou allergie de contact (ne constituant pas un danger mortel).</p>
<p>Votre enfant requiert-il régulièrement des services routiniers essentiels dans le cadre d'un horaire quotidien, par exemple l'introduction d'un cathéter, des procédures d'hygiène spéciales, l'administration continue de médicaments ou l'observation de certaines affections, comme le diabète, afin de déterminer quand il est nécessaire d'intervenir?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><b>Le cas échéant, veuillez remplir le <i>formulaire Services routiniers essentiels et plan d'urgence</i>, lequel est disponible auprès de l'exploitant.</b></p>
<p>Nom du médecin _____</p> <p>Téléphone _____</p> <p>Adresse _____ <small>adresse, rue, numéro d'app., ville, province, code postal</small></p>

<b>Antécédents médicaux – Veuillez indiquer si votre enfant a déjà été atteint d'une des maladies suivantes :</b>					
	Oui	Non		Oui	Non
Rougeole			Rubéole		
Oreillons			Varicelle		
Méningite			Coqueluche (toux coquelucheuse)		
<b>État de santé – Indiquer si votre enfant souffre d'une des affections suivantes :</b>					
	Oui	Non		Oui	Non
Asthme			Diabète		
Eczéma/Psoriasis			Épilepsie/Convulsions		
Autre :			Autre :		
<b>Traitement médical continu – Indiquer tout traitement médical continu dont votre enfant pourrait avoir besoin. (Vous devrez remplir un Rapport d'administration des médicaments.)</b>					
Nom du médicament			Posologie		
Affection traitée					
Nom du médicament			Posologie		
Affection traitée					
<b>Immunitations – En vertu du paragraphe 12(2) du Règlement sur certaines maladies et le protocole de signalement – Loi sur la santé publique, une preuve d'immunisation contre les maladies suivantes doit être fournie pour chaque enfant admis dans une garderie éducative :</b>					
Diphtérie	Rubéole	Oreillons			
Tétanos	Varicelle	Rougeole			
Polio	Méningococcie	Haemophilus influenza de type B			
Coqueluche	Pneumococcie				
<b>Si vous ne pouvez fournir de preuve, vous devez obtenir les dispenses suivantes :</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- une exemption médicale établie au moyen du formulaire fourni par le ministre de la Santé signée par un médecin ou une infirmière praticienne;</li> <li>- une déclaration écrite établie au moyen du formulaire fourni par le ministre de la Santé et signée par le parent ou le tuteur légal faisant état de ses objections à l'immunisation.</li> </ul>					
<b>Remarque : Le ministère de la Santé publique examinera périodiquement les dossiers de l'enfant pour s'assurer que l'immunisation a été effectuée ou que les exemptions ont été obtenues.</b>					
Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut participer pour des raisons médicales?					
Veuillez indiquer toute restriction alimentaire (y compris celles pour des raisons médicales, culturelles ou religieuses) :					

**Veuillez informer immédiatement l'exploitant ou l'administrateur de la garderie de tout changement de l'état de santé de votre enfant.**

## Historique du programme préscolaire et des services de garde

Votre enfant a-t-il déjà fréquenté une garderie ou participé à un programme préscolaire? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Le cas échéant, pendant combien de temps? 6 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> plus de 2 ans <input type="checkbox"/>
Le cas échéant, décrivez l'expérience de votre enfant.

## Développement de l'enfant

<b>Autonomie – De quel type d'aide votre enfant a-t-il besoin pour faire ce qui suit :</b>	
Habillage/déshabillage	
Alimentation	
Propreté	
Lavage des mains/brossage des dents	
Autre (p. ex. : motricité globale ou motricité fine) :	
<b>Avez-vous des conseils ou des suggestions qui nous aideront à faire de la transition vers la garderie une expérience positive pour votre enfant?</b>	
<b>Dites-nous-en davantage au sujet de votre enfant.</b>	
Qu'est-ce qu'il aime faire (p. ex. : regarder des livres, écouter de la musique, jouer avec d'autres enfants, jouer à l'extérieur/à l'intérieur, s'amuser avec des jouets, grimper/courir/sauter, s'amuser avec la peinture, utiliser l'ordinateur, participer à des jeux imaginaires/se costumer)?	
<b>Y a-t-il d'autres détails que vous souhaitez partager au sujet de votre enfant?</b>	
Signature du parent ou du tuteur	Date
Signature du parent ou du tuteur	Date

L'exactitude des renseignements figurant dans le présent formulaire doit être vérifiée tous les ans.  
Veuillez informer immédiatement l'exploitant ou l'administrateur de tout changement.