



FICHE D'INSCRIPTION pour la HALTE-GARDERIE

Centre communautaire Drummondville-Sud

DATE D'INSCRIPTION : _____

PRÉNOM ET NOM DE L'ENFANT : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

NUMÉRO D'ASS.MALADIE : _____ EXP : _____

LANGUE(S) PARLÉE(S) À LA MAISON : _____

Prénom et nom de la **mère** : _____

Adresse à la maison : _____

Numéro Assurance Sociale (impôts) : _____

Pourcentage pour reçu d'impôt : _____ %

Numéro de téléphone : Domicile : _____

Cell : _____

Travail : _____

Courriel: _____

Prénom et nom du **père** : _____

Adresse à la maison : _____

Numéro Assurance Sociale (impôts) : _____

Pourcentage pour reçu d'impôt : _____ %

Numéro de téléphone : Domicile : _____

Cell : _____

Travail : _____

Courriel: _____

En cas d'urgence, nous devons contacter en premier :

- MÈRE
- PÈRE
- LES DEUX

Autre(s) personne(s) à aviser en cas d'urgence (joignable en tout temps)

Prénom et nom : _____ Lien avec l'enfant : _____

Téléphone : _____

Prénom et nom : _____ Lien avec l'enfant : _____

Téléphone : _____

Autre(s) personne(s) autorisée à venir chercher l'enfant

Prénom et nom : _____ Lien avec l'enfant : _____

Prénom et nom : _____ Lien avec l'enfant : _____

Santé / Comportement

Maladie(s) ou besoins particuliers (Problème de santé, problème physique ou médical important)

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles : _____

Les mesures à prendre : _____

Allergie(s) :

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles : _____

Les mesures à prendre : _____

Prise de médicament (posologie obligatoire)

Nom du médicament : _____

Nombre de fois/jour : _____

Dose : _____

Heure d'administration : _____

Hygiène et autonomie fonctionnelle

Va à la toilette : Seul Avec aide

Porte une culotte d'hygiène : Oui Non

S'habille : Seul Avec aide

Comportement

Parle : Couramment Avec difficulté

Sa compréhension générale est : Excellente Suffisante Faible

Mon enfant a tendance à être agressif : Oui Non

Peurs, craintes, phobie de mon enfant : _____

Alimentation

Mon enfant mange : Peu Moyennement Beaucoup

Lentement Rapidement

Seul Avec aide

À quel stade est-il rendu au niveau de l'alimentation : Céréales Purée Solide Mixte

Y a-t-il des restrictions alimentaires? Oui Non

Mon enfant boit : Au Biberon Au Gobelet Au Verre

Seul Avec aide

À quelle heure sont les boires ? _____

Mon enfant boit son lait : Froid Chaud Tiède

Siestes

Les heures de siestes sont :

A.M. : _____ Y a-t-il une heure maximum pour le laisser dormir? _____

P.M. : _____ Y a-t-il une heure maximum pour le laisser dormir? _____

A-t-il besoin de quelque chose de particulier pour le dodo? Oui Non

Si oui, avec quoi ? _____

Autorisation des parents

Autorisation d'administrer de l'acétaminophène (tylenol) : OUI NON

Autorisation d'administrer du benadryl : OUI NON

Autorisation d'administrer le médicament prescrit selon la posologie : OUI NON

Autorisation pour soin d'urgence : OUI NON

Autorisation d'administrer de la crème solaire : OUI NON

Autorisation de prendre des photos de mon enfant : OUI NON

Autorisation d'utilisation des photos et vidéos à titre promotionnel : OUI NON

PAIEMENT

Nombre de jours souhaités : _____

25\$/jours, 18\$/4heures OU 6\$/heure		
	MERCREDI	VENDREDI
AM		
PM		
Total		

Notes supplémentaires :

Complété le : _____

Par : _____

Signature du parent : _____

Signature membre de l'administration : _____