

FICHE D'INSCRIPTION

INFORMATIONS :

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

Date de naissance : _____ (j) / _____ (m) / _____ (a) ☎(maison) : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Carte santé (obligatoire) : _____ Immunisation à jour : oui non

Nom du médecin (obligatoire) : _____ ☎ du médecin (obligatoire) : _____

Adresse du médecin ou clinique (obligatoire) : _____

Nom du parent 1 : _____

Nom du parent 2 : _____

☎(maison) : _____

☎(maison): _____

☎(travail) : _____ poste _____

☎(travail): _____ poste _____

☎(cellulaire) : _____

☎(cellulaire): _____

Employeur : _____

Employeur : _____

Adresse au travail (obligatoire) : _____

Adresse au travail (obligatoire): _____

Courriel : _____

Courriel : _____

Adresse (si différente de l'enfant) : _____

Adresse (si différente de l'enfant) : _____

LISTE DE CONTACTS EN CAS D'URGENCE :

Personne avec qui on peut communiquer en cas d'urgence **si les parents ne sont pas disponibles**. Cette personne se rendrait responsable de l'enfant et devrait obligatoirement présenter une pièce d'identification à son arrivée.

#1 Nom _____

#2 Nom _____

☎(travail) : _____ poste _____

☎(travail) : _____ poste _____

☎(cellulaire) : _____

☎(cellulaire) : _____

☎(maison) : _____

☎(maison) : _____

Relation ou lien de parenté avec l'enfant :

Relation ou lien de parenté avec l'enfant :

*****ALLERGIE ANAPHYLACTIQUE ou CONDITION MÉDICALE*****

L'ENFANT A UNE ALLERGIE ANAPHYLACTIQUE nécessitant un auto-injecteur (EPIPEN) : oui non

s.v.p. spécifiez : _____

L'ENFANT A UNE CONDITION MÉDICALE (TDH, Autisme, Problème visuel ou auditif, etc.) : oui non

s.v.p. spécifiez : _____

L'ENFANT A UNE Allergie non anaphylactique, une intolérance, une particularité alimentaire : oui non

s.v.p. spécifiez : _____

Dès que le médicament reste sur les lieux à long terme, l'enfant doit avoir le plan d'urgence et le plan individualisé du CRFE doivent être rempli et accompagneront cette fiche en cas d'urgence. Le parent doit également expliquer davantage les particularités de la condition médicale).

*****ORDONNANCE DE LA COUR POUR L'ENFANT*****

Qui a la garde légale de l'enfant ? les 2 parents parent 1 parent 2

Existe-t-il un acte de la cour concernant la garde de l'enfant ? oui (copie remise (OBLIGATOIRE)) non

Nom du parent : _____

Signature : _____

Date : _____ Cette personne a convenu d'agir avec l'autorisation de l'autre parent.

Les reçus pour frais de garde d'enfants doivent être fait au nom du /des parent(s) payeur(s).

*****RÉSERVER À L'ADMINISTRATION*****

Programmes parascolaires :

Programmes préscolaires :

<input type="radio"/> L'ANGE-GARDIEN	<input type="radio"/> LA SOURCE	<input type="radio"/> MARIE-TANGUAY	<input type="radio"/> STE-LUCIE PRÉSCOLAIRE	<input type="radio"/> L E-ROULEAU PRÉSCOLAIRE	<input type="radio"/> CRFE FRIMOUSSES	<input type="radio"/> N-DAME RIBAMBELLE	<input type="radio"/> N-D DU -ROSAIRE LIBÉLULES
<input type="radio"/> NOTRE-DAME	<input type="radio"/> NOTRE-DAME DU -ROSAIRE	<input type="radio"/> STE-LUCIE	<input type="radio"/> STE-LUCIE CARROUSEL	<input type="radio"/> CRFE PRÉSCOLAIRE 1 <input type="radio"/> CRFE PRÉSCOLAIRE 2	<input type="radio"/> CRFE BAMBINERIE	<input type="radio"/> N-DAME PRÉSCOLAIRE	<input type="radio"/> N-D DU -ROSAIRE PRÉSCOLAIRE

Date de réception : _____ **initiale de la gestion:** _____