

Service de garde éducatif : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ No de téléphone : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## FICHE D'INSCRIPTION SERVICE DE GARDE ÉDUCATIF EN MILIEU FAMILIAL

### Renseignements ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No de téléphone : \_\_\_\_\_

Langue comprise(s) et parlée(s) : \_\_\_\_\_

### Renseignements TUTEURS(S) de l'enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No de téléphone : \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No de téléphone : \_\_\_\_\_

Date de l'admission de l'enfant en service de garde : \_\_\_\_\_

### Fréquentation habituelle :

Lundi    Mardi    Mercredi    Jeudi    Vendredi    Samedi    Dimanche

Heure approximative d'arrivée : \_\_\_\_\_

Heure approximative de départ : \_\_\_\_\_

Service de garde en milieu familial : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ No de téléphone : \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

### Autre personne autorisée à venir chercher l'enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No de téléphone : Rés. \_\_\_\_\_ Tra. \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Signature du parent répondant de l'enfant : \_\_\_\_\_

Restrictions s'il y a lieu : \_\_\_\_\_

### Autorisation en cas d'urgence

À contacter en cas d'urgence :

1) Le parent ou le tuteur le plus facile à rejoindre :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : Résidence \_\_\_\_\_ Bureau \_\_\_\_\_

Père \_\_\_ Mère \_\_\_ Autre \_\_\_

2) Une personne extérieure à la famille immédiate :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : Résidence \_\_\_\_\_ Bureau \_\_\_\_\_

Indiquez le lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

REMARQUES : \_\_\_\_\_

J'autorise la personne responsable du service de garde en milieu familial à prendre les dispositions nécessaires relativement à la santé et la sécurité de mon enfant en cas d'urgence :

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom de l'enfant

\_\_\_\_\_  
Signature du titulaire de l'autorité parentale

Date: \_\_\_\_\_

Service de garde en milieu familial : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ No de téléphone : \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

### **Autorisation de sortie**

Je consens à ce que mon enfant participe aux activités récréatives du service de garde en milieu familial de \_\_\_\_\_, y compris les sorties de routine et les sorties extérieures nécessitant un transport en commun.

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom de l'enfant

\_\_\_\_\_  
Signature du titulaire de l'autorité parentale

Date : \_\_\_\_\_

### **Autres autorisations**

Je consens à ce que la personne responsable du service de garde en milieu familial : \_\_\_\_\_ utilise à l'interne ou sur le web les productions, les photos ou vidéos de mon enfant pris lors d'activités spéciales ou régulières.

Oui      Non

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom de l'enfant

\_\_\_\_\_  
Signature du titulaire de l'autorité parentale

Date : \_\_\_\_\_

Service de garde en milieu familial : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ No de téléphone : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_

## Intégration

Si vous le jugez utile, veuillez me fournir des renseignements au sujet de votre enfant. Je tiendrai compte de ces informations pour lui offrir un service personnalisé et adapté à ses besoins.

### *Sur le plan physique*

---

---

---

---

---

Entraînement : a-t-il besoin de couches ?    oui        non

### *Sur le plan alimentaire*

---

---

---

---

---

### *Sur le plan social*

---

---

---

---

---

### *Autres (ex. : peurs particulières)*

---

---

---

---

---

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Service de garde en milieu familial : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ No de téléphone : \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_

**Information santé et alimentation**

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Ass. Maladie \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Expiration \_\_\_\_\_

Allergies ou intolérances (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allergies sévères (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

No de téléphone : \_\_\_\_\_

Signature du parent : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_