

Fiche d'inscription de l'enfant



1. Identification de l'enfant :

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : F () M ()

Langue parlée : français () anglais () autre () _____

2. Identification des parents :

Nom de la mère : _____

No assurance social : _____

Adresse : _____

(municipalité) (Code postal)

Tél : _____

(maison)

(travail)

Occupation : _____

Nom du père : _____

No assurance social : _____

Adresse : _____

(municipalité) (Code postal)

Tél : _____

(maison)

(travail)

Occupation : _____

Autre personne autorisé à venir chercher l'enfant, si nécessaire _____

3. Fréquentation :

Date d'admission : _____

Combien de journées ou de demi-journées par semaine : _____

4. Information personnelle sur l'enfant :

L'enfant a-t-il été gardé régulièrement à l'extérieur? Oui () Non ()

Si oui en milieu familial () en installation () ou autre _____

L'enfant a-t-il vécu des expériences négatives que vous voudriez éviter _____

5. Comportement :

Présente-t-il des peurs particulières? (cris, bruits, noirceur, animaux etc.)

As-t-il connu des évènements qui auraient influencé son comportement? (accident, déménagement, maladie, séparation, etc.)

Comment décrivez-vous son comportement?

Calme () tendre () solitaire () timide () enjoué () agressif ()

Curieux () actif () confiance en lui () autre _____

6. Habitudes :

Fait-il une sieste? Am () : De _____ à _____ Pm () : De _____ à _____ relaxation ()

A-t-il d'autres habitudes? (Ex : sucer son pouce, toutou, couverture)

Contrôle-t-il ses urines? Oui () Non ()

Contrôle-t-il ses selles? Oui () Non ()

7. Santé (A)

Votre enfant présente-t-il un problème de santé spécifique? Oui () Non ()

Si oui lequel? : _____

Est-t-il suivi de façon régulière par un médecin ou un professionnel de la santé? Oui () Non ()

Si oui lequel : _____

Maladies infantiles : _____

A-t-il eu les vaccins d'immunisations : Oui () Non ()

Santé (B) Allergie Oui () Non ()

Si oui lesquelles? : _____

Comment se manifeste-t-elle? _____

Comment contrôlez-vous ces manifestations? : _____

Utilise-t-il un médicament pour contrôler ses allergies? Oui () Non ()

Si oui le nom du médicament : _____

8. Alimentation

Quel sont les mets et aliments qu'il n'aime pas du tout? : _____

Quels sont les mets et aliments préféré de votre enfant? : _____

Mange-t-il seul? Oui () Non ()

Utilise-t-il : la cuillère () la fourchette () le verre () Le gobelet ()

Se brosse-t-il les dents? Oui () Non ()

Se lave-t-il seul? Oui () Non ()

9. Sorties et activités organisées

J'autorise mon enfant à participer aux sorties : Oui () Non ()

J'autorise mon enfant à participer à la baignade : Oui () Non ()

Comme parent mes conditions sont : _____

10. Autorisation en cas d'urgence

J'autorise _____ à prendre les dispositions nécessaires relativement à la santé de mon enfant en cas d'urgence. J'aimerais que les personnes suivantes soient avisées :

Mère _____

Père _____

Tél. rés. _____ Tél. trav. _____

Tél. rés. _____ Tél. trav. _____

Autre personne _____ Tél. rés. _____ Tél. trav. _____
Nom du médecin traitant : _____
Nom de la clinique : _____
Groupe sanguin _____ Allergies médicamenteuses _____
Maladie grave _____

Signature de l'autorité parentale _____ Date : _____

