

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION DU SERVICES DE GARDE

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

### RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_  
Nom completAdresse: \_\_\_\_\_  
Numéro et rue Ville Province Code postalSexe: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_  
jour / mois / année

Principale langue parlée à la maison: \_\_\_\_\_

Nom(s) des personnes à qui l'enfant peut être confié: \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS

Nom du parent/tuteur: \_\_\_\_\_ Section locale: \_\_\_\_\_

Adresse (si différente de ci-dessus): \_\_\_\_\_  
Numéro et rue Ville Province Code postal

Téléphone (maison): \_\_\_\_\_ Téléphone (travail): \_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Numéro d'assurance-maladie de l'enfant: \_\_\_\_\_

Votre enfant prend-il des médicaments sur une base régulière? Oui  Non 

Si oui, veuillez expliquer et préciser les heures de prise du médicament: \_\_\_\_\_

Votre enfant souffre-t-il d'un problème médical comme une allergie, de l'asthme ou une autre maladie? Oui  Non 

Si oui, veuillez expliquer en détail la condition médicale: \_\_\_\_\_

---

Votre enfant a-t-il des restrictions alimentaires? Oui  Non

Si oui, veuillez expliquer: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il des besoins spéciaux, p. ex., TDA, THADA, autisme, syndrome d'Asperger, paralysie cérébrale?  
Oui  Non

Si oui, veuillez expliquer en détail: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il un problème comportemental qu'il nous faut connaître pour assurer sa sécurité et la sécurité des autres enfants? Oui  Non

Si oui, veuillez expliquer en détail: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Votre enfant est-il physiquement apte à participer à toutes les activités? Oui  Non

Si non, veuillez préciser les restrictions: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

## CONSETEMENTS

Permettez-vous que votre enfant participe à de courtes promenades ou excursions supervisées dans rayon de 2 km de la garderie d'Unifor Oui  Non

Advenant une urgence médicale, tous les efforts seront faits pour contacter les parents/tuteur/tutrice de l'enfant.

A. Advenant une urgence médicale, permettez-vous aux employés de la garderie d'Unifor qui ont reçu une formation en premiers soins d'urgence et en RCR d'administrer les soins médicaux nécessaires à votre enfant? Oui  Non

B. S'il est impossible de vous joindre, donnez-vous, par la présente, votre accord pour qu'un médecin ou un hôpital (choisi par la garderie d'Unifor) hospitalise votre enfant et/ou lui administre les soins médicaux nécessaires? Oui  Non

Les programmes de la Garderie d'Unifor ont une très bonne réputation. Permettez-vous que votre enfant soit filmé ou photographié par des médias publics ou par les services de relations publiques d'Unifor? Oui  Non

---

Signature du parent/tuteur

---

Date: