



Formulaire d'inscription

Date de début de fréquentation : _____

Renseignements généraux sur l'enfant :

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____

Date de naissance (J/M/A) : _____ Sexe : F M

Nationalité : _____ Date d'arrivée au Canada (M/A) : _____

Langues parlées à la maison : _____ Langues comprises : _____

Numéro d'assurance maladie de l'enfant (obligatoire) : _____

Date d'expiration (obligatoire) : _____

Adresse : _____
Numéro Rue N° Appartement

Ville Code Postal Téléphone résidence

Nom du père : _____ Prénom : _____

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : _____

Numéro Rue N° Appartement

Ville Code Postal Téléphone résidence

N° d'assurance sociale : _____ Date de naissance : _____

* obligatoire pour la production des reçus d'impôts (J/M/A)

Téléphone à domicile : _____ Courriel : _____

Téléphone travail : _____ Employeur : _____
Autres (cellulaire/ Paget) : _____

Nom de la mère: _____ Prénom : _____
Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Numéro	Rue	N° Appartement
Ville	Code Postal	Téléphone résidence
N° d'assurance sociale : _____	Date de naissance : _____	
* obligatoire pour la production des reçus d'impôts		(J/M/A)
Téléphone à domicile : _____	Courriel : _____	
Téléphone travail : _____	Employeur : _____	
Autres (cellulaire/ Paget) : _____		

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : _____ Prénom : _____ Lien : _____
Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____
Tél. maison : _____ Tél. travail : _____ Autre : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Lien : _____
Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____
Tél. maison : _____ Tél. travail : _____ Autre : _____

Dossier Médical :

Pédiatre / Médecin

Nom : _____ Hôpital : _____
Adresse : _____ Ville : _____
Téléphone : _____
Numéro d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____
Allergies : _____
Restrictions alimentaires : _____

État général de santé de l'enfant ou commentaire : _____

Si votre enfant est suivi par des services sociaux du CSSS :

Nom de l'intervenant(e) et profession : _____

Téléphone : _____ poste : _____

Notes – Services sociaux : _____

Autorisation pour venir chercher l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____ Lien : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Tél. maison : _____ Tél. travail : _____ Autre : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Lien : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Tél. maison : _____ Tél. travail : _____ Autre : _____

Accord – Photos / Vidéos :

Régulièrement, nous prenons des photos et des images vidéos des enfants lors des diverses activités et sorties. Les photos pourraient éventuellement être publiées (journal, dépliant promotionnel, etc.) et les images vidéos pourraient être utilisées (vidéo promotionnelle, etc.).

J'autorise l'utilisation des photos et images vidéo de mon enfant par la garderie éducative Sherazad.

Signature du parent / tuteur légal : _____

À : _____ Date : _____

Autorisations de sorties

Moi _____, j'accepte que mon enfant

(Nom et prénom du parent)

participe aux sorties organisées par Garderie Sherazad, soit par la marche et/ou l'autobus et/ou le métro et ou l'autobus scolaire.

Signature du parent

Autorisation pour l'administration de médicaments

Responsable du service de garde : _____

Nom de l'enfant: _____

J'autorise le service de garde à administrer :

Crèmes à base d'oxyde de zinc pour le siège.

Crèmes solaires.

Gouttes nasales salines

Solutions orales d'hydratation commerciales

Signature du parent _____

Mesure à prendre en cas d'urgence :

Dans le meilleur intérêt de la santé de mon enfant, j'autorise l'éducatrice ou un membre du personnel de la garderie Sherazad à entreprendre les démarches jugées nécessaires pour assurer la santé et la sécurité de l'enfant.

Sachant que la garderie respectera les points suivants :

- Contacter les parents / tuteurs;
- Appeler l'ambulance ou la police;
- Conduire l'enfant à l'hôpital accompagné par un des membres du personnel.

Signature du parent _____