

Profil de l'enfant

Date d'inscription _____ Date de début _____

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

Masculin Féminin Date de naissance _____

Numéro d'assurance-maladie _____ Date d'expiration _____

Adresse _____ Rue _____ Numéro d'app. _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Nom du parent/tuteur _____

Adresse électronique _____ Téléphone (domicile) _____

Adresse _____ Rue _____ Numéro d'app. _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Lieu de travail _____ Téléphone (travail) _____ Téléphone cellulaire _____

Nom du parent/tuteur _____

Adresse électronique _____ Téléphone (domicile) _____

Adresse _____ Rue _____ Numéro d'app. _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Lieu de travail _____ Téléphone (travail) _____ Téléphone cellulaire _____

Arrangement d'hébergement de l'enfant

À part vous, qui est autorisé à aller chercher votre enfant?

Nom	Lien de parenté	Adresse	Numéro de téléphone le jour
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Si les parents changent les dispositions pour qu'une autre personne ramasse leur enfant, ils doivent en informer la garderie au préalable.

Qui n'est pas autorisé à aller chercher votre enfant?

Nom _____

Nom _____

Nom _____

Les documents appropriés, par exemple l'ordonnance de garde, doivent être joints à ce formulaire s'il est interdit à un parent d'être en contact avec l'enfant. Veuillez en discuter avec l'exploitant ou l'administrateur de votre garderie.

Coordonnées de deux personnes avec qui communiquer en cas d'urgence et qui peuvent intervenir en moins d'une heure s'il s'avère impossible de joindre les parents ou les tuteurs

Nom	Lien de parenté	Adresse	Numéro de téléphone le jour
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Dossier de santé de l'enfant

ALERTE D'ALLERGIE : Veuillez préciser les allergies graves de l'enfant.

Les allergies inscrites ci-dessus sont-elles suffisamment graves pour exiger l'utilisation d'un dispositif EpiPen, de médicaments ou d'un traitement d'urgence?

Oui Non

Le cas échéant, veuillez remplir le formulaire *Gestion d'une allergie extrême et plan d'urgence*, lequel est disponible auprès de l'exploitant.

Veuillez indiquer toute allergie alimentaire, réaction à un médicament ou allergie de contact (ne constituant pas un danger mortel).

Votre enfant requiert-il régulièrement des services routiniers essentiels dans le cadre d'un horaire quotidien, par exemple l'introduction d'un cathéter, des procédures d'hygiène spéciales, l'administration continue de médicaments ou l'observation de certaines affections, comme le diabète, afin de déterminer quand il est nécessaire d'intervenir?

Oui Non

Le cas échéant, veuillez remplir le formulaire *Services routiniers essentiels et plan d'urgence*, lequel est disponible auprès de l'exploitant.

Nom du médecin _____ Téléphone _____

Adresse _____

Antécédents médicaux – Veuillez indiquer si votre enfant a déjà été atteint d'une des maladies suivantes :

	Oui	Non
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méningite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coqueluche (toux coquelucheuse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

État de santé – Indiquer si votre enfant souffre d'une des affections suivantes :

	Oui	Non
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eczéma/Psoriasis Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie/Convulsions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : _____		

Traitement médical continu – Indiquer tout traitement médical continu dont votre enfant pourrait avoir besoin. (Vous devrez remplir un Rapport d'administration des médicaments.)

Nom du médicament _____ Posologie _____

Affection traitée _____

Nom du médicament _____ Posologie _____

Affection traitée _____

Immunisations – En vertu du paragraphe 12(2) du Règlement sur certaines maladies et le protocole de signalement – Loi sur la santé publique, une preuve d'immunisation contre les maladies suivantes doit être fournie pour chaque enfant admis dans une garderie éducative :

- Diphtérie
- Tétanos
- Polio
- Coqueluche
- Rubéole
- Varicelle
- Méningococcie
- Pneumococcie
- Oreillons
- Rougeole
- Haemophilus influenzae de type B

Si vous ne pouvez fournir de preuve, vous devez obtenir les dispenses suivantes :

- une exemption médicale établie au moyen du formulaire fourni par le ministre de la Santé signée par un médecin ou une infirmière praticienne;
- une déclaration écrite établie au moyen du formulaire fourni par le ministre de la Santé et signée par le parent ou le tuteur légal faisant état de ses objections à l'immunisation.

Remarque : Le ministère de la Santé publique examinera périodiquement les dossiers de l'enfant pour s'assurer que l'immunisation a été effectuée ou que les exemptions ont été obtenues.

Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut participer pour des raisons médicales?

Veuillez indiquer toute restriction alimentaire (y compris celles pour des raisons médicales, culturelles ou religieuses) :

Veuillez informer immédiatement l'exploitant ou l'administrateur de la garderie de tout changement de l'état de santé de votre enfant.

Historique du programme préscolaire et des services de garde

Votre enfant a-t-il déjà fréquenté une garderie ou participé à un programme préscolaire? Oui Non

Le cas échéant, pendant combien de temps? 6 mois 1 an 2 ans plus de 2 an

Le cas échéant, décrivez l'expérience de votre enfant _____

Développement de l'enfant

Autonomie – De quel type d'aide votre enfant a-t-il besoin pour faire ce qui suit :

Habillage/déshabillage Alimentation Propreté Lavage des mains/brossage des dents

Autre (p. ex. : motricité globale ou motricité fine) : _____

Avez-vous des conseils ou des suggestions qui nous aideront à faire de la transition vers la garderie une expérience positive pour votre enfant? _____

Dites-nous-en davantage au sujet de votre enfant.

Qu'est-ce qu'il aime faire (p. ex. : regarder des livres, écouter de la musique, jouer avec d'autres enfants, jouer à l'extérieur/à l'intérieur, s'amuser avec des jouets, grimper/courir/sauter, s'amuser avec la peinture, utiliser l'ordinateur, participer à des jeux imaginaires/se costumer)? _____

Y a-t-il d'autres détails que vous souhaitez partager au sujet de votre enfant? _____

Signature du parent ou du tuteur _____ Date _____

Signature du parent ou du tuteur _____ Date _____

**L'exactitude des renseignements figurant dans le présent formulaire doit être vérifiée tous les ans.
Veuillez informer immédiatement l'exploitant ou l'administrateur de tout changement.**