



# Lespetitsoursons

## Garderie francophone

### Formulaire d'inscription

(Veuillez écrire en caractères d'imprimerie, à l'encre bleue ou noire)

**Date de début :** \_\_\_\_\_ **Date de fin :** \_\_\_\_\_

Nom complet de l'enfant : _____	Date de naissance : _____
Adresse postale: _____	N° de tél. :( ) _____
Ville : _____	Prov : _____ Code postal : _____
Adresse (si différente de l'adresse postale): _____	
Parent/tuteur : _____	N° de tél. à domicile :( ) _____ Adresse : _____
Ville : _____	Prov : _____ Code postal : _____
Occupation: _____	N° de tél. au bureau :( ) _____ ext. _____
Employeur : _____	N° de cellulaire ou pager :( ) _____
Adresse au bureau : _____	Ville : _____
Courriel: _____	
Parent/tuteur : _____	N° de tél. à domicile :( ) _____ Adresse : _____
Ville : _____	Prov : _____ Code postal : _____
Occupation: _____	N° de tél. au bureau :( ) _____ ext. _____
Employeur : _____	N° de cellulaire ou pager :( ) _____
Adresse au bureau : _____	Ville : _____
Courriel: _____	

**Parent/tuteur qui a la garde légale** \_\_\_\_\_

\*Veuillez inclure toute ordonnance de garde avec votre inscription, puisque la garderie ne peut pas retenir un enfant de son parent sans détenir la documentation légale.

### Contacts en cas d'urgence

Contact en cas d'urgence (autre que parent ou tuteur) \_\_\_\_\_ N<sup>o</sup>  
de tél. à domicile ( ) \_\_\_\_\_ N<sup>o</sup> de tél. au bureau ( ) \_\_\_\_\_  
N<sup>o</sup> de cellulaire ( ) \_\_\_\_\_  
Relation avec l'enfant : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_

Contact en cas d'urgence (autre que parent ou tuteur) \_\_\_\_\_ N<sup>o</sup>  
de tél. à domicile ( ) \_\_\_\_\_ N<sup>o</sup> de tél. au bureau ( ) \_\_\_\_\_  
N<sup>o</sup> de cellulaire ( ) \_\_\_\_\_  
Relation avec l'enfant : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_

### Personnes NON autorisées à prendre mon enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Commentaire : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Commentaire : \_\_\_\_\_

### Autorisation pour les urgences

Consentement aux soins et au transport d'urgence :

Par la présente, j'autorise les membres du personnel de (l'établissement) \_\_\_\_\_ à fournir les soins d'urgence nécessaires à mon enfant, \_\_\_\_\_. J'autorise aussi le transport de mon enfant, par voiture ou ambulance, jusqu'à un centre d'urgence pour y recevoir des soins; je m'engage aussi à les dégager de toute responsabilité.

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

### Consentement aux soins et traitements médicaux :

Au cas où je serais injoignable, des traitements médicaux ou chirurgicaux d'urgence peuvent être administrés à mon enfant, tels que prescrits par un médecin traitant. Je dégage l'établissement \_\_\_\_\_ et ses employés de toute responsabilité.

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

### Renseignements d'urgence

1. Médecin de l'enfant : \_\_\_\_\_ N<sup>o</sup> de tél. : ( ) \_\_\_\_\_
2. Médicaments habituels : \_\_\_\_\_
3. Allergies : \_\_\_\_\_
4. Conditions particulières de santé : \_\_\_\_\_
5. N<sup>o</sup> d'assurance santé Alberta Health Care : \_\_\_\_\_
6. Les immunisations de votre enfant sont-elles à jour? Encercler : OUI / NON

## Permission de participer aux excursions

Par la présente, je consens à ce que mon enfant \_\_\_\_\_ participe aux excursions imprévisibles (marches au parc local ou dans le voisinage) qui le sortiront de la garderie afin de profiter des avantages de le faire.

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

Dans l'éventualité qu'une excursion est planifiée impliquant le transport dans un véhicule, un préavis sera donné et une demande de permission séparée sera fournie aux parents/tuteurs.

## Administration de médicaments

Je comprends que je dois remplir un formulaire d'administration de médicaments pour que la garderie puisse administrer des médicaments, et que la garderie ne peut pas administrer des médicaments, prescrits ou en vente libre, à moins qu'ils ne soient accompagnés d'une note du médecin.

Je comprends que la garderie administrera les médicaments selon les directives inscrites sur l'étiquette et qu'elle administrera les médicaments seulement s'ils lui sont remis dans le contenant original. Les parents/tuteurs et le médecin devront remplir un formulaire d'administration de médicaments en cas d'urgence lorsque des médicaments continus sont requis (p. exemple : médicament pour l'asthme ou EpiPen).

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

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



C.P.249, Saint-Paul (Alberta)  
T0A 3A0  
Téléphone  
780-645-3888  
Télécopie  
780-645-2045  
[www.centreest.ca](http://www.centreest.ca)