

SERVICE DE GARDE EN MILIEU FAMILIAL

FICHE D'INSCRIPTION

1° IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ jour _____ mois _____ année Langue parlée : _____ Sexe : _____

No. d'assurance maladie : _____ Téléphone : _(____)_____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

2° IDENTIFICATION DES PERSONNES RESPONSABLES DE L'ENFANT

mère	Nom : _____ Prénom : _____
	Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____ (Si différente de l'adresse de l'enfant)
	Téléphone rés. : _(____)_____ Téléphone trav. : _(____)_____

père	Nom : _____ Prénom : _____
	Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____ (Si différente de l'adresse de l'enfant)
	Téléphone rés. : _(____)_____ Téléphone trav. : _(____)_____

PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____ Lien : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone rés. : _(____)_____ Téléphone trav. : _(____)_____

(suite) PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) À VENIR CHERCHER L'ENFANT (si nécessaire)

Nom : _____ Prénom : _____ Lien : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone rés. : _(____)_____ Téléphone trav. : _(____)_____

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (dans l'impossibilité de rejoindre les parents)

Nom : _____ Prénom : _____ Lien : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone rés. : _(____)_____ Téléphone trav. : _(____)_____

3^o MODALITÉS DE GARDE

Premier jour de fréquentation de l'enfant : _____
jour mois année

identifiez les journées où l'enfant sera présent au service de garde ↓

LUNDI | **MARDI** | **MERCREDI** | **JEUDI** | **VENDREDI** | **SAMEDI** | **DIMANCHE**

indiquez l'heure **habituelle** de l'arrivée et du départ de l'enfant au service de garde ↓

de	à	de	à	de	à	de	à	de	à	de	à

4^o DISPOSITIONS À PRENDRE EN CAS D'URGENCE (consignes du parent)

AUTORISATION DE PARTICIPATION AUX SORTIES

Acceptez-vous que votre enfant participe aux sorties organisées par la responsable du service de garde en milieu familial ?

mode de transport	OUI	NON
à pied		
en transport en commun		
en autobus scolaire		

Signature d'un parent :

5° PARTICULARITÉS LIÉES À LA SANTÉ ET/OU À L'ALIMENTATION DE L'ENFANT

COORDONNÉES DU MÉDECIN DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone au bureau : _(____)_____

INFORMATIONS PARTICULIÈRES

SIGNATURE DE LA RESPONSABLE DU SERVICE DE GARDE EN MILIEU FAMILIAL

_____ date _____
signature

SIGNATURE D'UN PARENT

_____ date _____
signature