

FICHE D'INSCRIPTION DE L'ENFANT



565 #B Adolphe-Chapleau, Bois-des-Filion, Qc, J6Z 1K8

Identification de l'enfant

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Sexe : Garçon Fille

Adresse : _____

Ville : _____

Code Postal : _____

Téléphone : _____

Langue parlée et comprise :

Français Anglais

Autre : _____

Lieu de naissance de votre enfant :

Ville : _____

Pays : _____

Identification des parents ou tuteurs

Père Mère Tuteur Tutrice

Père Mère Tuteur Tutrice

Nom : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Ville : _____

Code Postal : _____

Code Postal : _____

Téléphone cellulaire : _____

Téléphone cellulaire : _____

Téléphone bureau : _____

Téléphone bureau : _____

Lien avec l'enfant : _____

Lien avec l'enfant : _____

Horaire de fréquentation

Date d'admission de l'enfant : _____

Journée Demi-journée Variable Occasionnel

LUNDI		MARDI		MERCREDI		JEUDI		VENDREDI	
AM		AM		AM		AM		AM	
PM		PM		PM		PM		PM	

Personne autorisées à venir chercher l'enfant (autre que les parents)

Personne autorisée #1

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Téléphone cellulaire : _____

Téléphone bureau : _____

Lien avec l'enfant : _____

Personne autorisée #2

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Téléphone cellulaire : _____

Téléphone bureau : _____

Lien avec l'enfant : _____

Personne autorisée #3 (optionnel)

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Téléphone cellulaire : _____

Téléphone bureau : _____

Lien avec l'enfant : _____

Personne autorisée #4 (optionnel)

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Téléphone cellulaire : _____

Téléphone bureau : _____

Lien avec l'enfant : _____

Personne à contacter en cas d'urgence (autre que parents)

Contact en cas d'urgence #1

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Téléphone cellulaire : _____

Téléphone bureau : _____

Lien avec l'enfant : _____

Contact en cas d'urgence #2

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Téléphone cellulaire : _____

Téléphone bureau : _____

Lien avec l'enfant : _____

Autorisations

Nom du service de garde : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

J'autorise l'Académie des copains Inc. à prendre les dispositions nécessaires relativement à la santé de mon enfant _____ en cas d'urgence.

J'aimerais que la ou les personne(s) mentionnée(s) à la page 1 soi(en)t avisée(s).

Nom du médecin traitant : _____

No. De téléphone du médecin : _____

Date de naissance (enfant) : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

Groupe sanguin (si connu) : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

Groupe sanguin (si connu) : _____

Signature du parent : _____ Date : _____

Autorisations

En cas d'urgence

J'autorise l'Académie des Copains Inc. à prendre les dispositions nécessaires pour demander les services d'une ambulance lors d'un accident grave subit par mon enfant _____ et **je m'engage en tant que parent à payer les frais d'ambulance.**

Signature du parent : _____ Date : _____

Sorties et activités

Je consens à ce que mon enfant participe à des sorties récréatives et éducatives à proximités de l'école (rayon de 1km). Pour toute autre sortie, une demande de consentement me sera présentée à l'avance pour approbation.

Oui Non

Votre consentement est valide pour la durée de la fréquentation de notre école par votre enfant.

Administration / application de certains produits

J'autorise le personnel désigné à administrer les produits suivants à mon enfant :

- Gouttes nasales salines
- Solution orale d'hydratation (type Pedialyte®)
- Crème à base d'oxyde de zinc
- Baume à lèvres

Posologie : Ces produits seront appliqués : _____

(Ex : au besoin, selon les indications du parent)

Durée de l'autorisation : _____

(Ex : pour la durée de la fréquentation de l'enfant)

Signature du parent : _____ Date : _____

Père Mère Tuteur Tutrice

Renseignements sur la santé

État général de santé

Votre enfant souffre-t-il ?

	Oui	Non	Précisez (symptômes, réactions, traitements, etc.)
Asthme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergies.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Handicap.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Troubles cardiaques.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Épilepsie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hémophilie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabète.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Autre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Dans le cas où votre enfant doit prendre un ou des médicaments (autre que l'acétaminophène), veuillez compléter le formulaire « AUTORISATION PARENTALE POUR L'ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT ».

Allergies

Votre enfant a-t-il des allergies ?

	Oui	Non	Précisez (symptômes, réactions, traitements, etc.)
Aliments.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Médicaments.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Autre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Si vous avez répondu « Oui », veuillez compléter le formulaire « COLLECTE DE DONNÉES SUR LES ALLERGIES ».

Accident ou opération

Votre enfant a-t-il déjà eu un accident ou une opération majeure ? Oui Non

Aide particulière

Votre enfant est-il suivi par un spécialiste de la santé (psychologue, psychiatre, orthophoniste, etc.) ? Oui Non

Alimentation

Quelles sont les exigences particulières à respecter (excluant les allergies) au niveau de l'alimentation de votre enfant ?

Autres

Y a-t-il des difficultés, contraintes ou restrictions particulières concernant la santé ou le comportement de votre enfant dont vous voudriez nous faire part ? Oui Non

Médecin → (facultatif)

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Téléphone : _____

.....

À l'usage de l'administration – Ne rien écrire dans cet espace

Frais : Chèque Comptant

Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin

Date d'admission : _____

Groupe : _____

Documents reçus

Certificat d'acte de naissance

Contrat de services

Photographie de l'enfant