

SERVICE DE GARDE LES PAPILLONS - Fiche d'inscription 2017-2018



Informations de votre enfant

Nom de Famille		Prénom(s)						
Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance	aaaa	mm	jj	Premier jour	aaaa	mm	jj
Adresse			Ville, Province			Code postal		
No de téléphone			Première langue		Deuxième langue			
Personne(s) avec qui vit l'enfant								

Parent/Tuteur

Nom				<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur			
Adresse				Tél. Maison		Tél. Cellulaire	
Lieu de travail			Heures de travail		Tél. (travail)	Extension	()
Nom				<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur			
Adresse				Tél. Maison		Tél. Cellulaire	
Lieu de travail			Heures de travail		Tél. (travail)	Extension	()

Contact en cas d'urgence

Nom		Relations		No de téléphone	
				()	
Adresse			Parle Français		Parle anglais
			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom		Relations		No de téléphone	
				()	
Adresse			Parle Français		Parle anglais
			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Renseignements sur les droits de garde et autres informations utiles au SGMS								

Autres enfants vivant à la maison

Nom		Date de naissance	aaaa	mm	jj
Nom		Date de naissance	aaaa	mm	jj
Nom		Date de naissance	aaaa	mm	jj

Santé/Nutrition

Maladies contractées précédemment

Votre enfant a-t-il :

Des problèmes de vue ? Oui Non Des problèmes auditifs ? Oui NonDes problèmes d'élocution ? Oui Non Prend des médicaments ? Oui NonUn régime alimentaire spécial ? Oui Non Des problèmes de santé ? Oui NonVeuillez préciser les cases cochées : Oui A des allergies ? Oui Non**Vaccination (joindre une copie du carnet de santé, ou indiquer les dates de vaccination)**

Diphtérie, tétanos and Coqueluche (DPT)	aaaa	mm	jj	Polio	aaaa	mm	jj
Meningite (HIB D)	aaaa	mm	jj	Rougeole, oreillons et rubéole (MMR)	aaaa	mm	jj

Contact médical d'urgence

Docteur	No de téléphone ()	Adresse
Dentiste	No de téléphone ()	Adresse
Autre	No de téléphone ()	Adresse
No. d'assurance médicale	No. de carte de soins	

Autorisation en cas d'urgence

Le SGMS les papillons a l'obligation de prévenir les parents lorsque l'enfant est malade ou a besoin de soins médicaux. En cas exceptionnel où nous n'arrivons pas à joindre les parents et que votre enfant requiert des soins immédiats, nous suivrons notre protocole d'urgence et amènerons votre enfant à l'établissement de soins le plus proche.

Veuillez signer ci-dessous afin de donner autorisation au SGMS les papillons de prendre les mesures nécessaires pour votre enfant. Merci de nous retourner ce document signé.

J'autorise le service de garde Les papillons à accompagner mon enfant malade _____ à l'hôpital le plus proche, au cas où je ne sois pas joignable. J'autorise le personnel du SGMS à appeler une ambulance pour transporter mon enfant si nécessaire.

Signature du parent/tuteur	Nom	Date		
		aaaa	mm	jj

Service de garde Les papillons - 6887 132 street, Surrey, B.C,V3W 4L9
Tel. (604) 597-1590 - Email : info@afsurrey.ca
www.afsurrey.ca

PHOTO