

LES PAPILLONS - Fiche d'inscription



Informations de votre enfant

Nom de Famille			Prénom(s)			Année / Grade		
Sexe: M F	Date de naissance		aaa	mm	jj	Premier jour au service de garde cette année		aaa mm jj
Adresse			Ville, Province			Code postal		
No de téléphone			Première langue			Deuxième langue		
Personne(s) avec qui vit l'enfant								

Parents/Tuteurs

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

Contact en cas d'urgence / Personnes autorisées à chercher l'enfant

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

Est-ce que votre enfant est atteint(e) d'une maladie importante?

Votre enfant a-t-il :

Des problèmes de vue ? Oui Non Des problèmes auditifs ? Oui Non
 Des problèmes d'élocution ? Oui Non Prend des médicaments ? Oui Non
 Un régime alimentaire spécial ? Oui Non Des problèmes de santé ? Oui Non
Des allergies ? Oui Non

Veuillez préciser les cases cochées : Oui

Vaccination joindre une copie du carnet de santé ou indiquer les dates de vaccination

Diphtheria, tetanus et Coqueluche (DPT)	aaa mm dd	Polio	aaa mm dd
Meningite (HIB D)	aaa mm dd	Rougeole, oreillons et rubéole (MMR)	aaa mm dd

Contact médical d'urgence

Docteur	No de téléphone ()	Adresse
Dentiste	No de téléphone ()	Adresse
Autre	No de téléphone ()	Adresse
No. de carte de soins (care card number)	Nom et No. de carte d'assurance médicale privée (si le cas)	

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

Camp d'été Les papillons - 6887 132 street, Surrey, B.C,V3W 4L9
 Tel. (604) 597-1590 - Email : info@afsurrey.ca
 www.afsurrey.ca

