



# FICHE D'INSCRIPTION DE L'ENFANT

## 1 IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Sexe : M  F  N.A.M. : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Langue parlée : Français  Anglais  Langue comprise : Français  Anglais

**DATE D'ENTRÉE :** \_\_\_\_\_

Pour administration : daté et initialé 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

## FRÉQUENTATION

|    | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
|----|-------|-------|----------|-------|----------|
| A  |       |       |          |       |          |
| PM |       |       |          |       |          |
| M  |       |       |          |       |          |

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

## 2 IDENTIFICATION DU (DES) RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Occupation : \_\_\_\_\_ N.A.S. : \_\_\_\_\_

Tél. rés. : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Occupation : \_\_\_\_\_ N.A.S. : \_\_\_\_\_

Tél. rés. : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Tierce(s) personne(s) **autorisée(s)** à venir chercher l'enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

### Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. rés. : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. rés. : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_

Tierce(s) personne(s) **non autorisée(s) (documents à joindre)**

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

### 3 INFORMATIONS PERSONNELLES SUR L'ENFANT

L'enfant a-t-il un frère? OUI  Combien \_\_\_\_\_ Âge(s) \_\_\_\_\_ NON

L'enfant a-t-il une sœur? OUI  Combien \_\_\_\_\_ Âge(s) \_\_\_\_\_ NON

L'enfant a-t-il été gardé régulièrement à l'extérieur? OUI  NON

Si OUI, en garderie  en milieu familial  autre : \_\_\_\_\_

A-t-il déjà vécu des expériences négatives que vous voudriez éviter?

---

---

### 4 LOISIRS ET RELATIONS SOCIALES

Votre enfant présente-t-il des peurs ou appréhensions particulières?  
(cris, bruits stridents, noirceur, animaux, etc.)

OUI  NON

Précisez : \_\_\_\_\_

---

A-t-il connu des événements qui auraient influencé son comportement?  
(accident, déménagement, maladie, séparation...)

---

A-t-il déjà vécu des expériences négatives que vous voudriez éviter?

---

Comment décrivez-vous son comportement général?

CALME  ACTIF  PASSIF   
SOCIABLE  AGRESSIF  MAUSSADE   
ANXIEUX  TIMIDE  Autres : \_\_\_\_\_

Face aux adultes :

Aime-t-il jouer seul ou en groupe? Seul  ou en groupe

Quels sont ses jeux préférés? \_\_\_\_\_

---

A-t-il des aptitudes particulières? (chant, dessin, musique)

---

5 **HABITUDES**

**ALIMENTAIRES**

Quels sont les mets et les aliments préférés de votre enfant?

---

---

Quels sont les mets et les aliments qu'il aime moins?

---

---

Mange-t-il            PEU             SUFFISAMMENT             BEAUCOUP

Seul?                OUI             NON

**Il utilise :**    la CUILLÈRE             le COUTEAU             la FOURCHETTE

Se lave-t-il seul?                            OUI                             NON

**SOMMEIL ET SIESTE**

Combien d'heures dort-il la nuit? \_\_\_\_\_

Heure du coucher : \_\_\_\_\_                            Heure du lever : \_\_\_\_\_

Fait-il la sieste habituellement l'avant-midi?            OUI             NON

Fait-il la sieste habituellement l'après-midi?            OUI             NON

Arrive-t-il à votre enfant de mouiller son lit?            OUI             NON

Votre enfant a-t-il des habitudes particulières?

(Traîner une couverture, sucer son doigt, ronger ses ongles, autres).

OUI                             NON

Précisez : \_\_\_\_\_

---

**APPRENTISSAGE DE LA PROPRETÉ**

COUCHE             EN APPRENTISSAGE             PROPRE

SE MOUILLE À L'OCCASION

Recommandations particulières : \_\_\_\_\_

---

---

**AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES**

Avez-vous d'autres remarques sur le comportement et les goûts de votre enfant susceptibles de nous aider à lui assurer un séjour agréable? \_\_\_\_\_

---

---

## 6 SANTÉ

**Votre enfant a-t-il déjà souffert d'une maladie particulière qu'il serait important de nous transmettre : Ex. : convulsion, asthme ou autre spécifier.**

Votre enfant est-il suivi par un médecin ou autre professionnel de la santé?

OUI  NON

Si OUI, pourquoi? \_\_\_\_\_

Nom du médecin : \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

A-t-il à prendre un (des) médicament(s) de façon régulière?

OUI  NON

Si OUI, lesquels? \_\_\_\_\_

A-t-il déjà été hospitalisé? OUI  NON

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

A-t-il été opéré? OUI  NON

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

**Votre enfant souffre-t-il?**

|             |                              |                              |
|-------------|------------------------------|------------------------------|
| de diabète  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| d'asthme    | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| d'épilepsie | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| d'allergie  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Autre       | _____                        | _____                        |

**Souffre-t-il d'allergie(s) (aliments, animaux, etc.)?**

OUI  NON

Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_

Comment se manifeste(nt)-elle(s)? \_\_\_\_\_

Comment contrôlez-vous ces manifestations? \_\_\_\_\_

**Mon enfant a déjà introduit les aliments suivants dans son alimentation, et ce, sans aucune intolérance ou allergie :**

|                         |                       |                                  |
|-------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| Protéines bovines _____ | Poisson _____         | Arachides/Noix (spécifier) _____ |
| Œuf _____               | Kivi _____            | _____                            |
| Sésame _____            | Tournesol : _____     | _____                            |
| Légumineuses _____      | Soya et/ou tofu _____ | _____                            |

**A-t-il une déficience ou incapacité?**

**AUDITIVE :** OUI  NON

Si oui, porte-t-il une prothèse auditive?

OUI  NON

**VISUELLE :** OUI  NON

Si oui, porte-t-il des verres correcteurs de façon régulière?

OUI  NON

7 **AUTORISATION PROMENADES**

J'autorise les éducatrices du Centre Les Petits Dyno-Denis à sortir avec mon enfant dans le village de St-Denis pour faire des promenades ou aller aux parcs.

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

Dispositions à prendre en cas d'urgence : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

J'autorise les intervenantes du Centre Les Petits Dyno-Denis à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence pour la santé de mon enfant.

Signature du parent : \_\_\_\_\_

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