



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 : _____

<u>Votre enfant souffre-t-il?</u>	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 : _____