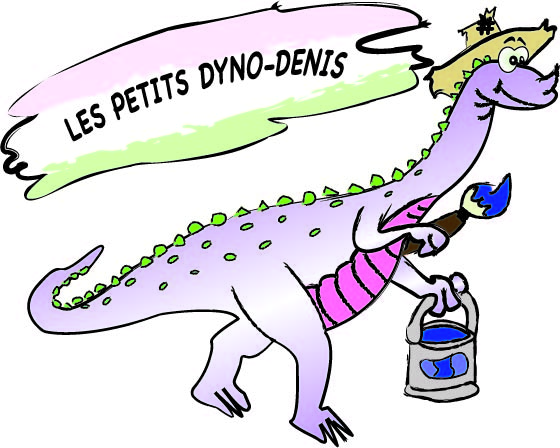
****

**FICHE D’INSCRIPTION DE L’ENFANT**

**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

**FRÉQUENTTION**

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

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

Adresse courriel :

**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 :

**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?

**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)

**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?

**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 NON

d’asthme OUI NON

d’épilepsie OUI NON

d’allergie OUI NON

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 **VISUELLE :** OUI NON

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

OUI NON OUI NON

**AUTORISATION PROMENADES**

J’autorise les éducatrices de la garderie Les Frimoustiques à sortir avec mon enfant dans la ville de McMasterville pour faire des promenades ou aller aux parcs.

Signature : Date :

Dispositions à prendre en cas d’urgence :

J’autorise les intervenantes de l’Installation Les Frimoustiques à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d’urgence pour la santé de mon enfant.

Signature du parent :

Date :