

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DU SERVICES DE GARDE

Programme: _____ Date: _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant: _____
Nom completAdresse: _____
Numéro et rue Ville Province Code postalSexe: _____ Date de naissance: _____
jour / mois / année

Principale langue parlée à la maison: _____

Nom(s) des personnes à qui l'enfant peut être confié: _____

RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS

Nom du parent/tuteur: _____ Section locale: _____

Adresse (si différente de ci-dessus): _____
Numéro et rue Ville Province Code postal

Téléphone (maison): _____ Téléphone (travail): _____

Téléphone cellulaire: _____ Courriel: _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Numéro d'assurance-maladie de l'enfant: _____

Votre enfant prend-il des médicaments sur une base régulière? Oui Non

Si oui, veuillez expliquer et préciser les heures de prise du médicament: _____

Votre enfant souffre-t-il d'un problème médical comme une allergie, de l'asthme ou une autre maladie? Oui Non

Si oui, veuillez expliquer en détail la condition médicale: _____

Votre enfant a-t-il des restrictions alimentaires? Oui Non

Si oui, veuillez expliquer: _____

Votre enfant a-t-il des besoins spéciaux, p. ex., TDA, THADA, autisme, syndrome d'Asperger, paralysie cérébrale?
Oui Non

Si oui, veuillez expliquer en détail: _____

Votre enfant a-t-il un problème comportemental qu'il nous faut connaître pour assurer sa sécurité et la sécurité des autres enfants? Oui Non

Si oui, veuillez expliquer en détail: _____

Votre enfant est-il physiquement apte à participer à toutes les activités? Oui Non

Si non, veuillez préciser les restrictions: _____

CONSETEMENTS

Permettez-vous que votre enfant participe à de courtes promenades ou excursions supervisées dans rayon de 2 km de la garderie d'Unifor Oui Non

Advenant une urgence médicale, tous les efforts seront faits pour contacter les parents/tuteur/tutrice de l'enfant.

A. Advenant une urgence médicale, permettez-vous aux employés de la garderie d'Unifor qui ont reçu une formation en premiers soins d'urgence et en RCR d'administrer les soins médicaux nécessaires à votre enfant? Oui Non

B. S'il est impossible de vous joindre, donnez-vous, par la présente, votre accord pour qu'un médecin ou un hôpital (choisi par la garderie d'Unifor) hospitalise votre enfant et/ou lui administre les soins médicaux nécessaires? Oui Non

Les programmes de la Garderie d'Unifor ont une très bonne réputation. Permettez-vous que votre enfant soit filmé ou photographié par des médias publics ou par les services de relations publiques d'Unifor? Oui Non

Signature du parent/tuteur

Date: