



FICHE PERSONNELLE DE L'ENFANT

Fiche personnelle de l'enfant

Date du jour : ____/____/____

Date d'entrée au service de garde ____/____/____

1. Identification de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Sexe : _____

Numéro d'assurance maladie : ____/____/____ Date d'expiration : _____

Langue(s) comprises et parlée(s) : _____

2. Identification de la ou des personnes responsable(s) de l'enfant

Lien avec l'enfant : _____

Nom : _____ Prénom : _____

*N.A.S : ____/____/____ Date d'expiration : _____

Adresse complète : _____

Téléphone (résidence)	Téléphone (travail)	Téléphone (autre)
(____) _____	(____) _____	(____) _____

Lien avec l'enfant : _____

Nom : _____ Prénom : _____

*N.A.S : ____/____/____/____ Date d'expiration : _____

Adresse complète : _____

Téléphone (résidence)	Téléphone (travail)	Téléphone (autre)
(____) _____	(____) _____	(____) _____

3. Renseignement personnels et habitudes de votre enfant

➤ Noms et dates de naissances des frères et sœurs (s'il y a lieu) :

Nom : _____ Nom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Date de naissance : ____/____/____

Nom : _____ Nom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Date de naissance : ____/____/____

- Votre enfant a-t-il connu des évènements qui auraient pu influencer son comportement? (accident, déménagement, maladie, séparation, agression...)

- A-t-il déjà vécu des expériences négatives en garderie?

- Votre enfant présente-t-il des peurs particulières ? (noirceur, l'eau, etc.)

- Comment décrivez-vous son comportement? (calme, actif, timide)

- Votre enfant a-t-il besoin de périodes de repos (sieste) ? Oui Non

- Si oui, quelles sont ses heures de sommeil ?

Avant-midi : de _____ à _____

Après-midi : de _____ à _____

- Est-ce qu'il a des habitudes particulières pour le sommeil ?

4- Information santé

- Votre enfant souffre-t-il d'intolérance alimentaire ou autres ? Oui Non
-

- Votre enfant souffre-t-il allergie alimentaire ou autres ? Oui Non
 - Possède-t-il un Épipen ? Oui Non
-

- Quelle est son groupe sanguin ? _____
 - Votre enfant a-t-il des problèmes physique ? (prothèses, incontinence,...) ?
-

- Cochez les maladies que votre enfant a déjà eues

Coqueluche <input type="checkbox"/>	Scarlatine <input type="checkbox"/>	Varicelle <input type="checkbox"/>
Diphtérie <input type="checkbox"/>	Oreillons <input type="checkbox"/>	Poliomyélite <input type="checkbox"/>
Rubéole <input type="checkbox"/>	Rougeole <input type="checkbox"/>	

- Votre enfant a-t-il eu ses vaccins ? Oui Non
Si oui, il serait important de fournir une copie de son carnet de vaccination

5- Usage des services

- Votre enfant utilisera le service :
 Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche
- Quelles seront les heures de présence de votre enfant au service de garde (approximativement) ? De _____ à _____

6- Autorisation de sorties, de photos, autres...

- J'autorise mon enfant à participer aux sorties qu'organisera le service de garde Oui Non

Vous serez informés à l'avance lorsqu'il y aura une sortie pour votre enfant. Il vous sera aussi possible d'y participer à quelques occasions.

- J'autorise mon enfant à prendre l'autobus scolaire (s'applique seulement lorsque votre enfant aura atteint 18 mois) Oui Non
- J'autorise mon enfant à prendre l'autobus de la ville Oui Non
- J'autorise la responsable de service de garde _____ à photographier mon enfant _____ lors d'événement spéciaux, les fêtes, les sorties ou tout autres occasions qui méritent d'être soulignées ? Oui Non
- J'autorise _____
- Lien avec l'enfant _____ à venir chercher mon enfant _____ si je ne peux me déplacer pour venir le chercher.

7- Autorisation en cas d'urgence

- En cas d'urgence, j'autorise la responsable _____ à prendre les dispositions nécessaires relativement à la santé de mon enfant _____ Oui Non

Personne autre que les parents à contacter en cas d'urgence :

1- (obligatoire) Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse complète : _____

Téléphone (résidence) Téléphone (travail) Téléphone (autre)
 (____) _____ (____) _____ (____) _____

2- (facultatif) Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse complète : _____

Téléphone (résidence) Téléphone (travail) Téléphone (autre)
 (____) _____ (____) _____ (____) _____

Ces personnes seront contactées seulement si les parents sont dans l'impossibilité d'être rejoints

Autres renseignements qui peuvent être pertinents
(Obligatoire si l'enfant a des intolérances ou des allergies)

- Nom du médecin de famille de votre enfant ? _____
 - Nom de la clinique ? _____
 - Adresse complète de la clinique

 - Numéro de téléphone de la clinique : (____) _____ / _____ / _____
 - Numéro de dossier de l'enfant : _____
 - Dispositions spéciales à prendre en cas d'urgence pour la santé de mon enfant
-
-

***** J'atteste que les renseignements fournis ci-haut sont conformes et véridiques**

Signature de l'autorité parentale (mère) : _____

Signature de l'autorité parentale (père) : _____

Date _____ / _____ / _____