

# FICHE D'INSCRIPTION DE L'ENFANT

## MILIEU FAMILIAL

► À CONSERVER PAR LA RSG

► À REMETTRE AU DÉPART DE L'ENFANT

### 1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ SEXE : F  M  \_\_\_\_\_  
(No assurance-maladie)

LANGUE PARLÉE : français  anglais  autre  \_\_\_\_\_  
LANGUE COMPRISE : français  anglais  autre  \_\_\_\_\_  
(No dossier hôpital)

### 2. IDENTIFICATION DES PARENTS :

NOM MÈRE : \_\_\_\_\_

No assurance sociale \_\_\_\_\_  
(Pour l'impôt)

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

(municipalité) (code postal)

Tél : \_\_\_\_\_  
(maison) (travail)

Occupation : \_\_\_\_\_

NOM PÈRE : \_\_\_\_\_

No assurance sociale \_\_\_\_\_  
(Pour l'impôt)

Adresse : (si diffère) \_\_\_\_\_

(municipalité) (code postal)

Tél : \_\_\_\_\_  
(maison si diffère) (travail)

Occupation : \_\_\_\_\_

Autre personne autorisée à venir chercher l'enfant, si nécessaire : \_\_\_\_\_

### 3. FRÉQUENTATION :

DATE D'ADMISSION : \_\_\_\_\_

COMBIEN DE JOURNÉES OU DEMI-JOURNÉES PAR SEMAINE : \_\_\_\_\_

### 4. INFORMATIONS PERSONNELLES SUR L'ENFANT :

L'enfant a-t-il un frère ? Oui  Non

Combien : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il une sœur ? Oui  Non

Combien : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il été gardé régulièrement à l'extérieur :

Oui  Non

Si oui : en milieu familial  en installation

ou autre \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il vécu des expériences négatives que vous voudriez éviter ?

---

## 5. **COMPORTEMENT :**

Présente-t-il des peurs particulières ? (cris, bruits stridents, noirceur, animaux, etc.)

---

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

---

Comment décrivez-vous son comportement ? (sur une échelle de 1 à 5, 5 étant le plus élevé).

Calme : _____	Confiance en soi : _____
Tendre : _____	Agressif : _____
Solitaire : _____	Curieux : _____
Timide : _____	Actif : _____
Enjoué : _____	Autre : _____

## 6. **HABITUDES :**

Fait-il une sieste ? AM  : De \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ PM  : De \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Relaxation

A-t-il d'autres habitudes ? (Ex : sucer son pouce, couverture, toutou)

---

Contrôle-t-il ses urines ? Oui  Non  N/A

Contrôle-t-il ses selles ? Oui  Non  N/A

## 7. **LOISIRS ET RELATIONS SOCIALES :**

Regarde-t-il des émissions pour enfants à la télévision ?

Oui  Non  N/A

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

Préfère-t-il être seul ou jouer avec ses camarades ?

---

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

---

A-t-il des aptitudes particulières ? (Ex : habile, tonus élevé, musique, dessin)

---

Avez-vous d'autres remarques sur le comportement et les goûts de votre enfant susceptibles d'aider à la responsable de service de garde dans son travail ?

---

**8. SANTÉ :** (Se référer au carnet de santé de l'enfant)

**A. VOTRE ENFANT PRÉSENTE-T-IL UN PROBLÈME DE SANTÉ SPÉCIFIQUE ?** Oui  Non

Si oui lequel : \_\_\_\_\_

Est-il suivi de façon régulière par un médecin ou un autre professionnel de la santé ?

Oui  Non  Si oui lequel : \_\_\_\_\_

Maladies infantiles : \_\_\_\_\_

A-t-il reçu les vaccins d'immunisations : Oui  Non

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A-t-il déjà été hospitalisé ? Oui  Non   
Si oui : Date : \_\_\_\_\_ Raison : \_\_\_\_\_

A-t-il été opéré ? Oui  Non   
Si oui : Date : \_\_\_\_\_ Raison : \_\_\_\_\_

**B. ALLERGIES ?** Oui  Non

Souffre-t-il d'allergies (ex : aliments, animaux, etc.) Oui  Non

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

Comment se manifestent-elles ?

\_\_\_\_\_

Comment contrôlez-vous ces manifestations ?

\_\_\_\_\_

Utilise-t-il un médicament pour contrôler ses allergies ? Oui  Non

Si oui, le nom du médicament : \_\_\_\_\_ \*

**C. DÉFICIENCE OU INCAPACITÉ** (autre que celles mentionnées ci-dessus)

A-t-il une déficience ou une incapacité ? Oui  Non

Si oui, expliquez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

\* Bien vouloir compléter l'autorisation pour l'administration d'un médicament

**D. LANGAGE**

Votre enfant se fait-il comprendre de son entourage ?

Tout le temps  Rarement  Un peu  La plupart du temps  N/A

Remarques : \_\_\_\_\_

**9. ALIMENTATION**

**A. POUPON**

Quel lait votre enfant boit-il ? (le lait maternisé est fourni par le parent) \_\_\_\_\_

Nombre de biberons par jour ? \_\_\_\_\_

Quelles sont les heures approximatives de ses boires ? \_\_\_\_\_

A-t-il commencé l'alimentation solide ? \*

Oui  Non

Si oui, quels aliments mange-t-il ?

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**B. ENFANT**

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quels sont les mets et les aliments qu'il n'aime pas du tout :

\_\_\_\_\_

Mange-t-il seul ? Oui  Non

Utilise-t-il : la cuillère  la fourchette  le verre  le gobelet

Se brosse-t-il les dents ? Oui  Non

Se lave-t-il seul ? Oui  Non

\* Le parent doit fournir céréales et purées jusqu'à ce que l'enfant mange le même menu que les autres.

## 10. AUTORISATION EN CAS D'URGENCE

### MALADIE :

J'autorise **le CPE l'Aurore Boréale** à prendre les dispositions nécessaires relativement à la santé de mon enfant en cas d'urgence. J'aimerais que les personnes suivantes soient avisées :

Mère \_\_\_\_\_ Tél. rés. \_\_\_\_\_ Tél. trav. \_\_\_\_\_

Père \_\_\_\_\_ Tél. rés. \_\_\_\_\_ Tél. trav. \_\_\_\_\_

Autre personne \_\_\_\_\_ Tél. rés. \_\_\_\_\_ Tél. trav. \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ No tél. \_\_\_\_\_

Nom de la clinique : \_\_\_\_\_

Groupe sanguin : \_\_\_\_\_ Allergies médicamenteuses : \_\_\_\_\_

Maladies graves : \_\_\_\_\_

### SORTIES ET ACTIVITÉS ORGANISÉES :

J'autorise mon enfant à participer aux sorties régulières : Oui  Non

- Marche dans le quartier;

- Sortie au petit parc du quartier;

- Autre sortie pédestre;

J'autorise mon enfant à participer aux activités suivantes : Oui  Non

Baignade;

Trampoline;

Autres \_\_\_\_\_

Comme parent mes conditions sont :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de l'autorité parentale

\_\_\_\_\_  
Date