

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