

**Société des Parents pour l'Éducation Francophone de Medicine Hat et région**  
**Inscription 2017-2018**  
**Garderie Les Joyeux Colibris**

**Parent(s)/Gardien(s)**

---

Nom de la mère: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
Nom du père: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_  
Code postal: \_\_\_\_\_ Téléphone (résidence): \_\_\_\_\_  
Téléphone de la mère au bureau: \_\_\_\_\_ Téléphone du père au bureau: \_\_\_\_\_  
Cellulaire: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

**Enfant**

---

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse de l'enfant est le même que celui indiqué ci-dessus : oui : \_\_\_\_\_ non : \_\_\_\_\_

**Si non :**

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

Code postal: \_\_\_\_\_ Téléphone (résidence): \_\_\_\_\_

Date de naissance: jour: \_\_\_\_\_ mois: \_\_\_\_\_ année: \_\_\_\_\_ Sexe: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie: \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il des frères ou sœurs? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Prénom(s): \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quelle méthode de discipline utilisez-vous avec votre enfant?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quelle langue votre enfant parle-t-il à la maison? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Autres renseignements

---

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant:

(L'enfant ne sera confié qu'aux personnes inscrites sur la liste ci-dessous):

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

Personnes à contacter en cas d'urgence (ne pas inscrire le nom des parents ou gardiens):

1) Nom: \_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone (maison): \_\_\_\_\_

Téléphone (bureau): \_\_\_\_\_

Cellulaire: \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant: \_\_\_\_\_

2) Nom: \_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone (maison): \_\_\_\_\_

Téléphone (bureau): \_\_\_\_\_

Cellulaire: \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant: \_\_\_\_\_

Autres renseignements que vous aimeriez nous faire connaître:

---

---

---

## Information médicale

En cas d'urgence, tous les efforts seront déployés pour rejoindre les parents.

Nom du médecin de famille: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Est-ce que les vaccinations de votre enfant sont à jour?

\_\_\_ Oui  
\_\_\_ Non

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie ou d'une allergie quelconque?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Votre enfant reçoit-il des médicaments régulièrement? Oui \_\_\_ Non \_\_\_

Si oui, nom du médicament: \_\_\_\_\_

Dose: \_\_\_\_\_ Fréquence (combien de fois par jour): \_\_\_\_\_

SVP décrire toutes les blessures sérieuses ou opérations subies par votre enfant.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SVP Décrire les peurs et/ou phobies que votre enfant peut avoir.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Note: Toutes les informations médicales sont gardées strictement confidentielles.**

Autorisez-vous au personnel d'administrer les premiers soins en cas de blessure ainsi que des soins en lien avec les premiers soins?

Oui \_\_\_\_\_

Non \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_