



**Centre de la Petite Enfance
de Montréal-Nord inc.**

FICHE D'INSCRIPTION DE L'ENFANT

1^{ère} partie : coordonnées

Nom de l'enfant :

Date de naissance

Langue parlée et comprise

Numéro d'assurance maladie

Date d'expiration

Adresse civique:

Téléphone

Nom du parent:

Téléphone

Adresse civique:

Nom du parent (facultatif) :

Téléphone

Adresse civique:

L'enfant demeure avec :

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | <i>Mère et père</i> | <input type="checkbox"/> | <i>Mère seulement</i> |
| <input type="checkbox"/> | <i>Père seulement</i> | <input type="checkbox"/> | <i>Garde partagée</i> |
| <input type="checkbox"/> | <i>Tuteur/Tutrice</i> | | |

Si l'enfant vit en garde exclusive ou en garde partagée ou s'il est sous votre tutelle, veuillez nous remettre une copie du jugement avant le début de garde

Nom du médecin de l'enfant

Adresse

Numéro de téléphone

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT OU EN CAS D'URGENCE, AUTRES QUE LES PARENTS

Ordre	Nom et adresse complet	Téléphone	Lien	Urgence	Autorisé

Date d'admission de l'enfant

*Nombres de jours ou
demi-jours par semaine*

L	M	M	J	V

AUTORISATION D'AGIR EN CAS D'URGENCE

Moi, _____, j'autorise le CPE de Montréal-Nord à prendre toutes les mesures jugées nécessaires pour la santé et la sécurité de mon enfant _____, y compris l'amener par ambulance (accompagné d'un membre du personnel) ou par le personnel en cas d'urgence à l'hôpital. Je dégage le CPEMN et ses intervenants de toute responsabilité du fait de cette autorisation.

Signature du parent _____ Date _____

AUTORISATION POUR LES SORTIES

Je, soussigné(e), _____ autorise le CPE de Montréal-Nord, Division Îlot Pelletier, à sortir tous les jours de prestation de services mon enfant _____ à l'extérieur de ses locaux, si la température le permet.

Je l'autorise également à sortir à l'extérieur de ses locaux avec ledit enfant dans le cadre de ses activités spéciales (cabane à sucre, bibliothèque, etc.).

Signature du parent _____ Date _____

J'accepte que mon enfant soit photographié ou filmé Oui Non

Signature du parent : _____ date _____

2^{ème} partie : Santé, alimentation et autres

1. Santé de l'enfant

1.1. Votre enfant souffre-t-il de maladie ou d'une difficulté qui requiert d'une attention particulière?

oui non , passez à la question 1.2

Si oui, précisez la maladie: _____

1.2. Votre enfant souffre-t-il d'allergies? oui non

Si oui, précisez : _____

1.3. Porte-t-il des lunettes? oui non

1.4. Porte-t-il des prothèses? oui non

Si oui, précisez : _____

1.5. Autres, précisez : _____

2. Alimentation de l'enfant

2.1. Est-il allergique à certains aliments qui requiert d'une attention particulière?

oui non , passez à la question 2.3

Si oui, précisez les allergies: _____

Nom et prénom du médecin de l'enfant

Adresse et numéro de téléphone

2.2. Votre enfant utilise-t-il un EpiPen^{MD} oui non

2.3. A-t-il une diète spéciale? oui non

Si oui, précisez ? _____

2.4. En quoi consiste le petit déjeuner de votre enfant? À quelle heure le prend-il?

2.5. A-t-il bon appétit? oui non

Expliquez : _____

2.6. Quels sont les mets préférés de votre enfant? _____

2.7. Quels sont les mets qu'il refuse de manger? _____

3. Sommeil

3.1. Indiquez les heures de repos de l'enfant :

De _____ à _____ A.M. de _____ à _____ P.M. de _____ à _____ nuit

3.2. Son sommeil est-il : calme agité

3.3. Mouille-t-il son lit? oui non

3.4. Indiquez s'il a des habitudes particulières : _____

4. Autres aspects

4.1. Y-a-t-il d'autres aspects que vous désirez mentionner concernant la vie de l'enfant?

Signature du parent _____ Date _____