

---

## SERVICE DE GARDE : AUX RAYONS DU SOLEIL



### Fiche information

#### Identification:

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

Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_

Sexe:  Féminin  Masculin  Autre

L'enfant demeure avec :      Parent/ tuteur 1  Parent/ tuteur 2  
Garde partagée

S'il s'agit d'une garde partagée, pouvez-vous nous spécifier comment fonctionne les rotations de la garde afin que nous fassions les suivis avec le bon parent durant son temps de garde (appel à la maison, envoi de documents adressés à l'attention d'un des deux parents, facturation, etc.)?

---

---

## SERVICE DE GARDE : AUX RAYONS DU SOLEIL

### Identification des parents/tuteurs

#### Parent/tuteur 1 :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Téléphone à la maison \_\_\_\_\_

Téléphone au travail \_\_\_\_\_

Cellulaire \_\_\_\_\_

Adresse électronique \_\_\_\_\_

#### Parent/tuteur 2 :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Téléphone à la maison \_\_\_\_\_

Téléphone au travail \_\_\_\_\_

Cellulaire \_\_\_\_\_

Adresse électronique \_\_\_\_\_

❖ Par la présente donnez-vous l'autorisation au service de garde de vous joindre par courriel?  Oui  Non

---

---

## SERVICE DE GARDE : AUX RAYONS DU SOLEIL

### Dossier médicale

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

† **Votre enfant souffre-t-il d'allergie (s) ou est-il asthmatique ?**

Oui       Non

† **Votre enfant souffre –t-il d'un trouble :**

Visuel? Précisez : \_\_\_\_\_

Auditif? Précisez : \_\_\_\_\_

Moteur? Précisez : \_\_\_\_\_

Autre? Précisez : \_\_\_\_\_

† **Votre enfant prend-t-il des médicaments de façon régulière?**

Oui       Non

### Carnet de vaccination

Veillez noter qu'une copie du carnet de vaccination de votre enfant est exigée a son dossier afin d'assurer la sécurité collective des enfants.

S'il advenait la propagation d'un virus ou d'une maladie infantile à l'école pour lequel un vaccin est reconnu et que votre enfant n'était pas vacciné pour ce dit virus ou cette dite maladie, il/elle serait retiré(e) du service de garde immédiatement afin d'éviter sa contagion.

Si vous refusez de fournir une copie du carnet de vaccination ou que votre enfant n'a jamais reçu de vaccins, veillez, svp, signer la décharge suivante :

Je \_\_\_\_\_ parent de \_\_\_\_\_,  
comprends et accepte, que puisque je ne fournis pas de copie du carnet de vaccination

---

---

## SERVICE DE GARDE : AUX RAYONS DU SOLEIL

de mon enfant ou atteste qu'il/elle n'a pas reçu de vaccins, qu'en cas de propagation d'un virus ou une maladie infantile à l'école pour lequel un vaccin est reconnu, mon enfant sera retiré du service de garde pour sa sécurité et celle des autres.

\_\_\_\_\_  
Signature d'un parent /tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

### **Personne à joindre en cas d'urgence (autre nom que celui des parents).**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_  
Maison Travail

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

**Personne (s) autorisée (s) à partir avec mon enfant**

---

---

## SERVICE DE GARDE : AUX RAYONS DU SOLEIL

Nom :	_____	Prénom :	_____
Téléphone :	_____	_____	_____
Maison		Travail	
Cellulaire :	_____		

Nom :	_____	Prénom :	_____
Téléphone :	_____	_____	_____
Maison		Travail	
Cellulaire :	_____		

### Formulaire de renonciation en cas d'urgence

En cas de blessure ou d'urgence, j'autorise le personnel de l'école à lui prodiguer les soins nécessaires. Si l'état de mon enfant nécessite un transport à l'hôpital et qu'il est impossible de me rejoindre, j'autorise le personnel de l'école à appeler l'ambulance et un membre du personnel à l'accompagner jusqu'au moment où je prendrais la relève.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

\_\_\_\_\_  
Date