

CARREFOUR FAMILIALE DE CHUTE-AUX-OUTARDES

37 RUE DE L'ÉGLISE
CHUTE-AUX-OUTARDES
G0H 1C0



NOM DE L'ENFANT : _____

ADRESSE : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

CONDITION MÉDICAL

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : (En cas d'urgence) _____

ALLERGIE

☐ OUI ☐ NON LEQUELLES ET MESURES A PRENDRE _____

MALADIE ET BESOINS PARTICULIERS

☐ OUI ☐ NON LEQUELLES ET MESURES A PRENDRE _____**BESOIN DE GARDE**

(pour statistiques) vous pouvez cocher plusieurs cases

- | | |
|---|--|
| ☐ ATTENTE D'UNE PLACE EN CPE | ☐ PARTICIPATION À UNE ACTIVITÉ DE L'ORGANISME |
| ☐ RÉPIT | ☐ PARTICIPATION À UNE ACTIVITÉ OFFERTE PAR UN TIERS |
| ☐ DÉPANNAGE | ☐ SOCIALISATION DU PARENT OU DE L'ENFANT |
| ☐ AUTRES BESOINS _____ | |

CONTACTNUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE : Personne qui demande le reçu pour impôt * Obligatoire _____

MÈRE

PÈRE

AUTRE CONTACT

NOM : _____

ADRESSE : _____

TÉLÉPHONE : _____

CELLULAIRE : _____

RÉPONDANT : ☐ OUI ☐ NON**PRENDRE CONNAISSANCE**

- ☐ J'AI PRIS CONNAISSANCE DES RÈGLEMENTS DU SERVICE DE L'HALTE-GARDERIE ET M'ENGAGE À LES RESPECTER.
- ☐ JE DÉCLARE QUE LES RENSEIGNEMENTS SONT EXACTS ET COMPLETS, À LA PRÉSENTE DATE
- ☐ J'AUTORISE LES RESPONSABLES DU SERVICE DE L'HALTE-GARDERIE, À PRENDRE LES MESURES NÉCESSAIRES POUR FAIRE SOIGNER MON ENFANT EN CAS D'URGENCE ET À ADMINISTRER CERTAINS MÉDICAMENTS TEL : RITALIN, ANTIBIOTIQUES ET AUTRES.
- ☐ J'AUTORISE L'ORGANISME À PRENDRE ET PUBLIER DES PHOTOS EN PRÉSENCE DE MON ENFANT

SIGNATURE DE L'AUTORITÉ PARENTALE : _____ DATE : _____