

INFORMATION SUR LES PARENTS

MÈRE :

NOM : _____ PRÉNOM : _____
ADRESSE : _____ CODE POSTAL : _____
TÉL. : _____ TÉL. AU TRAVAIL : _____ poste : _____ CELL. : _____
NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE : _____
COURRIEL (POUR RECEVOIR L'ÉTAT DE COMPTE PAR COURRIEL) : _____

PÈRE :

NOM : _____ PRÉNOM : _____
ADRESSE : _____ CODE POSTAL : _____
TÉL. : _____ TÉL. AU TRAVAIL : _____ poste : _____ CELL. : _____
NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE : _____
COURRIEL (POUR RECEVOIR L'ÉTAT DE COMPTE PAR COURRIEL) : _____

À noter : Les relevés fiscaux seront remis au payeur. Le numéro d'assurance social du payeur est demandé afin que nos relevés soient valides. Si des paiements sont faits par une autre personne que le payeur prévu, nous devons demander le numéro d'assurance sociale de celui-ci afin que ses relevés soient valides.

FICHE MÉDICALE

Maladies ou conditions particulières : _____
Conditions restrictives pour les activités physiques : _____
Allergies (type) : _____
Prend-t-il des médicaments régulièrement ? NON OUI Si oui, précisez : _____

AUTORISATION

J'autorise le service de garde à administrer un médicament que j'aurai
fourni avec la posologie OUI NON
J'autorise le personnel du service de garde à prendre les mesures nécessaires
pour faire soigner mon enfant (transport à l'urgence, à un centre hospitalier
ou un appel à un médecin, etc.) en cas d'urgence. OUI NON
J'autorise que mon enfant soit photographié pour les besoins du service de garde OUI NON

**PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) À VENIR CHERCHER
L'ENFANT (AUTRES QUE LES PARENTS)**

NOM : _____ TÉL. (rés.) : _____
Lien de parenté : _____ TÉL. (autre) : _____
NOM : _____ TÉL. (rés.) : _____
Lien de parenté : _____ TÉL. (autre) : _____
NOM : _____ TÉL. (rés.) : _____
Lien de parenté : _____ TÉL. (autre) : _____
NOM : _____ TÉL. (rés.) : _____
Lien de parenté : _____ TÉL. (autre) : _____

SIGNATURE DU PARENT : _____ DATE : _____