

INFORMATION SUR LES PARENTS

PARENT 1 :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____ CODE POSTAL : _____

TÉL. : _____ TÉL. AU TRAVAIL : _____ poste : _____ CELL. : _____

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE (pour relevé d'impôt) : _____

COURRIEL (POUR RECEVOIR L'ÉTAT DE COMPTE PAR COURRIEL) : _____

PARENT 2 :

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 avec l'enfant : _____ TÉL. (autre) : _____

NOM : _____ TÉL. (rés.) : _____

Lien avec l'enfant : _____ TÉL. (autre) : _____

NOM : _____ TÉL. (rés.) : _____

Lien avec l'enfant : _____ TÉL. (autre) : _____

J'ai lu et je consens à respecter les règles de fonctionnement du service de garde

SIGNATURE DU PARENT : _____ DATE : _____