

# Maison Kinder – Formulaire d'Inscription

**DATE DE COMMENCEMENT:**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
AA MM JJ

**SEXE DE L'ENFANT:**

M \_\_\_\_ F \_\_\_\_

**DATE DE NAISSANCE:**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
AA MM JJ

**NOM DE L'ENFANT:** \_\_\_\_\_

(Prénom)

(Nom)

(Surnom)

Nom que l'enfant préfère être appelé: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Personne(s) avec qui l'enfant vit (adultes et enfants): \_\_\_\_\_

Première langue de l'enfant: \_\_\_\_\_ Autres langues: \_\_\_\_\_

---

**Parent(s) / Tuteur(s):**

Nom: \_\_\_\_\_ Téléphone à la maison: \_\_\_\_\_ Cellulaire: \_\_\_\_\_

Téléphone au travail: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Téléphone à la maison: \_\_\_\_\_ Cellulaire: \_\_\_\_\_

Téléphone au travail: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

Contact d'urgence: \_\_\_\_\_ Cellulaire: \_\_\_\_\_ Téléphone à la maison: \_\_\_\_\_

Contact d'urgence: \_\_\_\_\_ Cellulaire: \_\_\_\_\_ Téléphone à la maison: \_\_\_\_\_

**Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant:**

Nom: \_\_\_\_\_ Relation avec l'enfant: \_\_\_\_\_

Téléphone à la maison: \_\_\_\_\_ Téléphone au travail: \_\_\_\_\_ Cellulaire: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Relation avec l'enfant: \_\_\_\_\_

Téléphone à la maison: \_\_\_\_\_ Téléphone au travail: \_\_\_\_\_ Cellulaire: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Relation avec l'enfant: \_\_\_\_\_

Téléphone à la maison: \_\_\_\_\_ Téléphone au travail: \_\_\_\_\_ Cellulaire: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Relation avec l'enfant: \_\_\_\_\_

Téléphone à la maison: \_\_\_\_\_ Téléphone au travail: \_\_\_\_\_ Cellulaire: \_\_\_\_\_

**Est-ce que l'enfant a déjà fréquenté un service de garde?**

OUI  NON      Commentaire: \_\_\_\_\_

**Commentaires / instructions pour nous aider à bien prendre soin de votre enfant**

Propreté/Couche: \_\_\_\_\_

Temps de repos (doudou – toutou): \_\_\_\_\_

Nourriture/Repas (incluant ce que l'enfant aime et n'aime pas): \_\_\_\_\_

Tempérament: \_\_\_\_\_

Choses préférées: \_\_\_\_\_

Peurs: \_\_\_\_\_

**S.V.P. Dites nous tout ce que vous pensez qui pourrait nous aider à donner une expérience de garde enrichissante à votre enfant:**

---

---

**INFORMATION MÉDICALE**

Numéro d'assurance maladie de l'enfant: \_\_\_\_\_

**Est-ce que votre enfant a:**

Un problème de santé / préoccupation?       OUI     NON

Si oui, S.V.P. donnez-nous davantage d'informations: \_\_\_\_\_

Allergies?       OUI     NON

Si oui, S.V.P. donnez-nous davantage d'informations: \_\_\_\_\_

Asthme?       OUI     NON

Si oui, S.V.P. donnez-nous davantage d'informations: \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant a eu une crise d'épilepsie  
dans la dernière année?       OUI     NON

Si oui, S.V.P. donnez-nous davantage d'informations: \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant a besoin d'une alimentation  
spéciale liée à une condition médicale ?       OUI     NON

Si oui, S.V.P. donnez-nous davantage d'informations: \_\_\_\_\_

Intolérance alimentaire?       OUI     NON

Si oui, S.V.P. donnez-nous davantage d'informations: \_\_\_\_\_

Décrivez tous les médicaments avec ou sans ordonnance que votre enfant reçoit:

Médicament

Temps donné

Raison du médicament

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Veillez noter que vous pourriez être amené à remplir des formulaires supplémentaires si vous avez répondu oui à l'une de ces questions.

**Information Donnée Par:**

DATE: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
          AA      MM      JJ                      Nom en majuscules                      Signature

**Information Reçue Par:**

DATE: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
          AA      MM      JJ                      Nom en majuscules                      Signature

Ces informations médicales peuvent être mises à la disposition du personnel de la Maison Kinder.

**MERCI!**