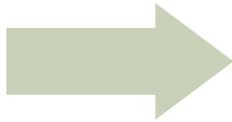
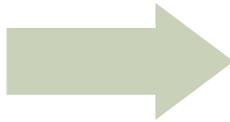




Fiche d'inscription de l'enfant en milieu familial



À CONSERVER PAR LA RSGE



À REMETTRE AU DÉPART DE L'ENFANT

Identification de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ___/___/___ Sexe : F M

Numéro d'assurance maladie : _____ Numéro de dossier de l'hôpital : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code Postal :

Langue parlée : Français Anglais Autre : _____

Langue comprise : Français Anglais Autre : _____

Identification des parents

MÈRE

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro d'assurance sociale : _____

Adresse : _____

civique rue municipalité code postal

() _____ - _____
maison travail

() _____ - _____
cellulaire

PÈRE

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro d'assurance sociale : _____

Adresse : _____

civique rue municipalité code postal

() _____ - _____
maison travail

() _____ - _____
cellulaire

Fréquentation

Date d'admission : _____
Combien de journées OU demi-journées par semaine ?

Informations personnelles sur l'enfant

L'enfant a-t-il des frères et sœurs ? Oui Non Combien : _____ Âge : _____

L'enfant a-t-il été gardé régulièrement à l'extérieur : Oui Non

Si oui : en milieu familial en installation ou autre : _____

L'enfant a-t-il vécu des expériences négatives que vous voudriez éviter ?

Comportement

Présente-t-il des réactions particulières à certaines situations ? (cris, bruits stridents, noirceur, animaux, etc.)

A-t-il connu des événements qui auraient influencé son comportement ? (accident, déménagement, maladie, séparation, etc.)

Comment décrivez-vous son comportement ? (sur une échelle de 1 à 5, 5 étant le plus élevé).

Calme : Confiance en soi : Tendre : Agressif : Solitaire :

Curieux : Timide : Actif : Enjoué : Autres : _____

Besoins particuliers

Votre enfant a-t'il des besoins particuliers, une déficience ou une incapacité ? Oui Non

Si oui, expliquez :

Langage

Votre enfant se fait-il comprendre de son entourage ?

Tout le temps Rarement Un peu La plupart du temps N/A

Remarques :

Habitudes

Fait-il une sieste ? AM : De _____ à _____ PM : De _____ à _____ Relaxation:

A-t-il d'autres habitudes ? (Ex : sucer son pouce, couverture, toutou)

Contrôle-t-il ses urines ? Oui Non

Contrôle-t-il ses selles ? Oui Non

Intérêts et personnalité

Quel est son livre favori ?

Préfère-t-il être seul ou jouer avec ses camarades ?

Quels sont ses jouets ou jeux préférés ?

A-t-il des aptitudes particulières ? (Ex : habile, tonus élevé, musique, dessin)

Avez-vous d'autres remarques sur le comportement et les goûts de votre enfant susceptibles d'aider la responsable de services de garde dans son travail ?

Santé

Votre enfant présente-t-il un problème de santé spécifique ? Oui Non

Si oui lequel : _____

Est-il suivi de façon régulière par un médecin ou un autre professionnel de la santé ? Oui Non

Si oui lequel : _____

Maladies infantiles : _____

A-t-il reçu les vaccins d'immunisation : Oui Non

A-t-il déjà été hospitalisé ? Oui Non

Si oui :

Date : ____/____/____

Raison: _____

A-t-il été opéré ? Oui Non

Si oui :

Date : ____/____/____

Raison : _____

Allergies

Votre enfant souffre-t-il d'allergies (ex : aliments, animaux, etc.)

Oui Non

Si oui, lesquelles :

Comment se manifestent-elles ?

Comment contrôlez-vous ces manifestations ?

Utilise-t-il un médicament pour contrôler ses allergies ? Oui Non

Si oui, le nom du médicament * : _____

* Bien vouloir compléter l'autorisation pour l'administration d'un médicament

Alimentation

Poupons

Quel lait votre enfant boit-il ? (le lait maternisé est fourni par le parent)

Nombre de biberons par jour ?

Quelles sont les heures approximatives de ses boires ?

A-t-il commencé l'alimentation solide ? *

Oui Non

Si oui, quels aliments mange-t-il ?

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Quels sont les mets et les aliments préférés de votre enfant :

Quels sont les mets et les aliments qu'il n'aime pas du tout :

Mange-t-il seul ? Oui Non

Utilise-t-il : la cuillère la fourchette le verre le gobelet

Se brosse-t-il les dents ? Oui Non

Se lave-t-il seul ? Oui Non

* Le parent doit fournir céréales et purées jusqu'à ce que l'enfant mange le même menu que les autres.

Autorisation en cas d'urgence

J'autorise _____ à prendre les dispositions nécessaires concernant à la santé de
mon enfant en cas d'urgence. J'aimerais que les personnes suivantes soient avisées :

Mère : _____ Tél. rés. _____ Tél. trav. _____

Père : _____ Tél. rés. _____ Tél. trav. _____

Autre : _____ Tél. rés. _____ Tél. trav. _____

Nom du médecin traitant : _____ Tél. _____

Nom de la clinique : _____

Groupe sanguin : _____ Allergies aux médicaments : _____

Maladies graves :

Sorties et activités organisées :

J'autorise mon enfant à participer aux sorties régulières : Oui Non

Marche dans le quartier

Sortie au petit parc du quartier

Autres sorties pédestres

J'autorise mon enfant à participer aux activités suivantes : Oui Non

Baignade

Trampoline

Autres : _____

Comme parent mes conditions sont :

Signature de l'autorité parentale

____/____/____
Date