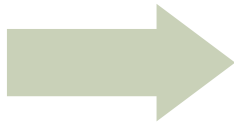
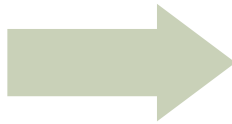




## Fiche d'inscription de l'enfant en milieu familial



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 / tuteur(s)

#### PARENT / TUTEUR 1

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

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

# civique      rue      municipalité      code postal

( ) - \_\_\_\_\_ ( ) - \_\_\_\_\_

maison      travail

( ) - \_\_\_\_\_

cellulaire

#### PARENT / TUTEUR 2

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