



Service d'animation
L'Étincelle des petits soleils
Municipalité de Saint-Rosaire



FICHE D'INSCRIPTION

Identification de l'enfant :

Nom et prénom de l'enfant : _____

Adresse complète : _____

Date de naissance : _____ Sexe : M F

No d'assurance maladie : _____ Date d'exp : _____

Journées de fréquentation prévues :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
PM - 15h à 18h					
Sporadique	oui <input type="checkbox"/>				

Identification des parents :

Mère ou tuteur/tutrice:

Nom et prénom : _____

Même adresse que l'enfant : Oui Non

Adresse complète (si différente de celle de l'enfant) : _____

N° de téléphone (maison) : _____

N° de téléphone (cellulaire) : _____

N° de téléphone (travail) : _____

Courriel : _____

Père ou tuteur/tutrice

Nom et prénom : _____

Même adresse que l'enfant : Oui Non

Adresse complète (si différente de celle de l'enfant) : _____

N° de téléphone (maison) : _____

N° de téléphone (cellulaire) : _____

N° de téléphone (travail) : _____

Courriel : _____

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom	N° de téléphone	Lien avec l'enfant

Personnes à contacter en cas d'urgence (autres que les parents) :

Nom	N° de téléphone	Lien avec l'enfant

Renseignements sur la santé de l'enfant :

A-t-il des problèmes de santé qui nécessitent des soins particuliers? Oui Non

Si oui, lesquels? _____

Prend-il des médicaments de façon régulière? Oui Non

Si oui, lesquels? _____

Effets secondaire possibles des médicaments : _____

Votre enfant souffre-t-il d'allergies (médicaments ou aliments)? ? Oui Non

Si oui, lesquels? _____

Y a-t-il autre chose que nous devrions savoir au sujet de la santé de votre enfant?

Oui Non

Si oui, quoi? _____

Autorisations

J'autorise mon enfant à participer aux activités extérieures organisées par la responsable du service de garde (sorties au parc, marches dans le quartier).

Signature du parent : _____ Date : _____

J'autorise la responsable du service de garde à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence pour la santé de mon enfant.

Signature du parent : _____ Date : _____

Pour fins d'impôt, veuillez indiquer le numéro d'assurance social et le nom du parent qui réclame les frais de garde

Prénom et nom : _____

Numéro d'assurance social : _____

**Si les frais de garde doivent être partagé entre les deux parents, veuillez indiquer le prénom et nom ainsi que le numéro d'assurance social de l'autre parent:*

Prénom et nom : _____

Numéro d'assurance social : _____

Les renseignements contenus dans cette fiche sont exacts et je m'engage à vous informer de tout changement.

Signature du/des parent(s) : _____ Date : _____

_____ Date : _____