

# Document Centre de la petite enfance Vos Tout-Petits



## Fiche d'inscription de l'enfant

## Fiche d'inscription de l'enfant

La fiche d'inscription de l'enfant sert à ouvrir le dossier de l'enfant détenu par le **CPE Vos Tout-Petits** dont l'objet est la réalisation du service à l'endroit de l'enfant et du parent.

Ce dossier servira à l'admission de l'enfant, à la gestion du service à l'enfant, à l'évaluation de l'enfant, à la gestion du contrat avec le parent et des subventions applicables. La directrice, la directrice adjointe, la secrétaire et les éducatrices travaillant auprès de l'enfant ont accès aux portions du dossier qui sont nécessaires à l'accomplissement de leur tâche.

Dans le cas où la garde de l'enfant serait subventionnée (ou ferait l'objet de conditions ou d'un tarif préférentiel), le **CPE Vos Tout-Petits** transmet des renseignements d'identification sur le parent et l'enfant ainsi que les présences de l'enfant au Ministère concerné.

Il est important de faire les mises à jour quand il y a un changement afin d'avoir les bonnes informations.

La fiche d'inscription de l'enfant sera complétée à chaque année afin de mettre les informations à jour.

Pour toute question sur la gestion de ce dossier, prière de vous adresser à la direction du **CPE Vos Tout-Petits**

---

Signature du parent

---

Date





## Identification de l'enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

No. assurance-maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Adresse, ville, code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Langue parlée : \_\_\_\_\_ Langue comprise : \_\_\_\_\_



## Identification des parents

### Parent 1

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ N.A.S. : \_\_\_\_\_

Adresse, ville, code postal : \_\_\_\_\_

Téléphones : maison \_\_\_\_\_ bureau \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

### Parent 2

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ N.A.S. : \_\_\_\_\_

Adresse : ville, code postal : \_\_\_\_\_

Téléphones : maison \_\_\_\_\_ bureau \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

## Fréquentation

Date d'admission : \_\_\_\_\_

Journées  demi-journées

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
De					
À					



## Personnes autorisées à venir chercher l'enfant autres que les parents

Ces personnes peuvent venir chercher l'enfant en tout temps,  
sans autre autorisation écrite ou verbale du parent

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse, ville, code postal : \_\_\_\_\_

Téléphones maison \_\_\_\_\_ bureau \_\_\_\_\_ autre \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse, ville, code postal : \_\_\_\_\_

Téléphones : maison \_\_\_\_\_ bureau \_\_\_\_\_ autre \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse, ville, code postal : \_\_\_\_\_

Téléphones : maison \_\_\_\_\_ bureau \_\_\_\_\_ autre \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_



## Urgences

En cas d'urgence, nous contactons d'abord les parents

S'il nous est impossible de les rejoindre, nous appellerons les personnes à contacter.

Ne pouvant me rejoindre, j'autorise le personnel du centre à prendre toutes décisions médicales nécessaires pour mon enfant en situation d'urgence.

Signature du parent 1

Date

Signature du parent 2

Date



## Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse, ville, code postal : \_\_\_\_\_

Téléphones : maison \_\_\_\_\_ bureau \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse, ville, code postal : \_\_\_\_\_

Téléphones : maison \_\_\_\_\_ bureau \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

## Autorisations diverses



J'autorise le Centre de la Petite Enfance Vos Tout-Petits à faire des sorties autour du CPE avec mon enfant (aller au parc, aller marcher...)

Oui :

Non :



J'autorise le Centre de la Petite Enfance Vos Tout-Petits à aller avec mon enfant à la piscine municipale situé au Parc Champlain (coin des rues Champlain et Papineau) - pour les enfants des groupes des grands.

Oui :

Non :



J'autorise le Centre de la Petite Enfance Vos Tout-Petits à prendre des photos de mon enfant dans le cadre de différentes activités.

Oui :

Non :

 **Signature de parent :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

N.B. Pour les sorties spéciales à l'extérieur, un formulaire d'autorisation sera requis



## Coordonnées du médecin

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## L'état de santé de mon enfant

Allergies médicamenteuses ou alimentaires :

---

---

D'autres recommandations particulières :

---

---

**Pour les allergies ou les intolérances : remplir la fiche spécifique ci-joint**

J'autorise le Centre de la petite enfance Vos Tout-Petits à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence.

Oui :  Non :

J'autorise le Centre de la petite enfance Vos Tout-Petits à prendre toutes les dispositions nécessaires relativement à sa santé.

Oui :  Non :

Dans ces cas, le Centre de la petite enfance informera le parent.

 **Signature de parent :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

## État immunitaire de mon enfant

L'enfant a-t-il reçu les vaccins suivants :

	OUI	NON
Diphtherie, coqueluche, tétonos (DCT) :		
Poliomyelite (salk, sabin) :		
Rougeole, rubéole, oreillons (MMR) :		
Haemophilus influenzae type B (HIB) :		
Autres (spécifier) : _____		

Ces informations peuvent, au besoin, être transmises au C.L.S.C. ou au D.S.S. dans le but de limiter les risques d'épidémie.

## Maladies contagieuses

Quelles sont les maladies contagieuses contractées par l'enfant ?

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Coqueluche                                   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Varicelle                                    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Rougeole                                     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Rubéole                                      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 5. Roséole                                      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 6. Scarlatine                                   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 7. 5 <sup>e</sup> maladie (érythème infectieux) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 8. Impétigo                                     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Commentaires :

---

---

---

---

Ces informations peuvent, au besoin, être transmises au C.L.S.C. ou au D.S.S. dans le but de limiter les risques d'épidémie.