

Fiche d'urgence

Identification de l'enfant :

Nom et prénom de l'enfant :

Adresse principale:

Date de naissance :

AAAA/MM/JJ

Langue(s) parlée(s) et comprise(s) :

Sexe :

Date d'admission à la garderie,

AAAA/MM/JJ

Date du départ:

(AAAA/MM/JJ)

Renseignements sur la santé de l'enfant

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

Si oui, lesquels? :

Prend-il des médicaments de façon régulière?

Si oui, lesquels? :

Votre enfant souffre-t-il d'allergies ?

Si oui, lesquelles? :

Y a-t-il des dispositions selon les maladies et/ou allergies mentionnées en cas d'urgence?

Si oui, lesquelles?

Nom du pédiatre et/ou du médecin de famille :

Adresse du médecin :

Identification des parents - en ordre de priorité de contact

Parent #1

Lien:

Langue de préférence:

Garde de l'enfant

Garde partagée

Nom et prénom :

Même adresse que l'enfant :

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

N° de téléphone (maison) :

N ° de téléphone (cellulaire) :

Endroit de travail/employeur:

N ° de téléphone (Travail):

Adresse de travail:

N° de téléphone à appeler en premier

Parent #2

Lien:

Langue de préférence:

Garde de l'enfant

Garde partagée

Nom et prénom :

Même adresse que l'enfant :

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

N° de téléphone (maison) :

N ° de téléphone (cellulaire) :

Endroit de travail/employeur:

N ° de téléphone (Travail):

Adresse de travail:

N° de téléphone à appeler en premier

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (incluant les parents):		
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

Personnes non autorisées		
Nom	Lien avec l'enfant	Ordonnance de la cour (O/N)

Information pour la facturation	Nom du parent	Nom du parent
Nom du/des parent(s) qui doit/doivent apparaître sur la facture:		

Les noms apparaissant sur la facture seront les noms apparaissant sur le reçu aux fins d'impôts

Adresse courriel ou seront acheminé les factures:	
Mode de paiement (automatique le 20 du mois)	Débit pré-autorisé (retait bancaire) ()
	Carte de crédit ()

Commentaires additionnel:	
---------------------------	--

Signature du parent

Date (AAAA/MM/JJ)

Signature du superviseure

Date (AAAA/MM/JJ)

Vérification administrative :	_____	_____	Nouvel enfant ()
	Initiales	Date (AAAA/MM/JJ)	Modification(s) ()
Vérification finances:	_____	_____	
	Initiales	Date (AAAA/MM/JJ)	

