**FEUILLE D’URGENCE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM DE L’ENFANT** | **D.D.N (J.M.A)** | **ADRESSE** |
|  |  | **Numéro & nom de la rue:** |  |
|  |  | **Ville:** |  |
|  |  | **Code postal:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMATION DE PARENT/GARDIEN****(Premier Contact)** | **INFORMATION DE PARENT/ GARDIEN****(Deuxième Contact)** |
| **NOM:** | **NOM:** |
| **TÉLÉPHONE:** | **TÉLÉPHONE:** |
| **ADRESSE:** | **ADRESSE:** |
| **NOM & NUMÉRO DE TRAVAIL:** | **NOM & NUMÉRO DE TRAVAIL:** |
| **COURRIEL:** | **COURRIEL:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMATION DU CONTACT D’URGENCE****(Autre qu’inscrit ci-dessus)** | **INFORMATION DU CONTACT D’URGENCE****(Autre qu’inscrit ci-dessus)** |
| **NOM:** | **NOM:** |
| **TÉLÉPHONE:** | **TÉLÉPHONE:** |
| **ADRESSE:** | **ADRESSE:** |

**AUTORISATION DE RAMASSAGE**

Les personnes suivantes sont autorisées à venir chercher mon/mes enfant(s) (une pièce d'identité avec photo sera requise pour confirmer l'identité avant que l'enfant soit libéré) :

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM:** | **NOM:** |
| **TÉLÉPHONE:** | **TÉLÉPHONE:** |
| **RELATION A L’ENFANT:** | **RELATION A L’ENFANT:** |

**INFORMATIONS SUR LES ALLERGIES**

Votre enfant a-t-il une allergie potentiellement mortelle (par exemple, anaphylactique aux arachides ou aux piqûres d'abeilles) ?

OUI NON

Si oui, un plan individualisé pour une allergie anaphylactique comprenant des procédures d'urgence doit être élaboré entre le parent et le centre de garde avant la date de début de l'enfant.

Votre enfant a-t-il des allergies qui ne mettent pas sa vie en danger (aliments ou autres substances [ex. latex]) ?

OUI NON

|  |
| --- |
| Si oui, veuillez fournir les détails pertinents, y compris à quoi votre enfant est allergique, les symptômes d'une réaction et le traitement requis : |
|  |

**S.V.P INDIQUER LE SOIN REQUIS POUR VOTRE ENFANT (SÉLECTIONNÉ TOUT QUI APPLIQUE)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TEMPS PLEIN****(5 JOURS /SEMAINE)** | **TEMPS PARTIEL****(<5 JOURS/ SEMAINE)** | **HORAIRE IRRÉGULIER****(CALENDRIER SOUMIS MENSUEL)** | **AVANT L’ÉCOLE** | **APRÈS L’ÉCOLE** |
|  |  |  |  |  |
| **INDIQUER LES JOURS REQUIS POUR TEMPS PARTIEL: 𑂽 LUN 𑂽 MAR 𑂽 MER 𑂽 JEUDI 𑂽 VEN**  |

|  |
| --- |
| **S.V.P FOURNIR D’INFORMATION ADDITIONNELLE CI-DESSOUS: (ACCORD DE GARDE, ROUTINE DE SOMMEIL, PRÉFÉRENCE DE NOURRITURE, DEMANDE SPÉCIALE/ACCOMMODATIONS, CONTACT PRÉFÉRER, ETC) :** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| S.V.P INDIQUER DANS LA BOȊTE UN "X" SI VOUS DONNER LA PERMISSION POUR PUBLIÉ DES PHOTOS SUR NOTRE SITE WEB ET LA PAGE DE FACEBOOK (AUCUN NOM NE SERA ASSOCIÉ AVEC LES PHOTOS) |  |