

Renseignements sur l'enfant en cas d'urgence (Formulaire)

En vertu de l'alinéa 32 du Règlement de 2015 sur les garderies d'enfants, chaque titulaire de permis est tenu de posséder un dossier mobile renfermant des renseignements sur chaque enfant inscrit au centre en cas d'urgence.

Date: ____/____/____
Année Mois Jour

Nom de l'enfant: _____

Date de naissance: ____/____/____
Année Mois Jour

Nom du parent ou tuteur: _____

Nom du parent ou tuteur: _____

Adresse: _____

Adresse: _____

Code postal: _____

Code postal: _____

Téléphone à la maison: _____

Téléphone à la maison: _____

Téléphone au travail: _____

Téléphone au travail: _____

Tél. cell: _____

Tél. cell: _____

Courriel: _____

Courriel: _____

Deux autres personnes à joindre en cas d'urgence:

1. Nom: _____

2. Nom: _____

Lien avec l'enfant: _____

Lien avec l'enfant: _____

Téléphone à la maison: _____

Téléphone à la maison: _____

Téléphone au travail: _____

Téléphone au travail: _____

Tél. cell: _____

Tél. cell: _____

Courriel: _____

Courriel: _____

saskatchewan.ca



Renseignements sur l'enfant en cas d'urgence (Formulaire)

En vertu de l'alinéa 32 du Règlement de 2015 sur les garderies d'enfants, chaque titulaire de permis est tenu de posséder un dossier mobile renfermant des renseignements sur chaque enfant inscrit au centre en cas d'urgence.

Date: ____/____/____
Année Mois Jour

Nom de l'enfant: _____

Date de naissance: ____/____/____
Année Mois Jour

Nom du parent ou tuteur: _____

Nom du parent ou tuteur: _____

Adresse: _____

Adresse: _____

Code postal: _____

Code postal: _____

Téléphone à la maison: _____

Téléphone à la maison: _____

Téléphone au travail: _____

Téléphone au travail: _____

Tél. cell: _____

Tél. cell: _____

Courriel: _____

Courriel: _____

Deux autres personnes à joindre en cas d'urgence:

1. Nom: _____

2. Nom: _____

Lien avec l'enfant: _____

Lien avec l'enfant: _____

Téléphone à la maison: _____

Téléphone à la maison: _____

Téléphone au travail: _____

Téléphone au travail: _____

Tél. cell: _____

Tél. cell: _____

Courriel: _____

Courriel: _____

saskatchewan.ca



L'enfant a-t-il déjà souffert de l'un ou l'autre de ces problèmes de santé?

- | | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Maux d'oreilles | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Amygdalite |
| <input type="checkbox"/> Bronchite | <input type="checkbox"/> Eczéma | <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Coqueluche |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Rhumes fréquents | <input type="checkbox"/> Pneumonie | <input type="checkbox"/> Autre: _____ |
| <input type="checkbox"/> Convulsions | <input type="checkbox"/> Grippe | <input type="checkbox"/> Polio | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diphtérie laryngienne(croup) | <input type="checkbox"/> Blessures | <input type="checkbox"/> Fièvre rhumatismale | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diphtérie | <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Scarlatine | _____ |

Nommez toutes les allergies connues de l'enfant.

Médicaments: _____ **Aliments:** _____ **Autres:** _____

Nommez tous les médicaments qu'il prend de façon régulière: _____

Nommez tous les problèmes de santé connus de l'enfant: _____

Nommez les limites et les besoins particuliers de l'enfant en raison de ce traitement médical: _____

7790 EY 09/2022

L'enfant a-t-il déjà souffert de l'un ou l'autre de ces problèmes de santé?

- | | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Maux d'oreilles | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Amygdalite |
| <input type="checkbox"/> Bronchite | <input type="checkbox"/> Eczéma | <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Coqueluche |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Rhumes fréquents | <input type="checkbox"/> Pneumonie | <input type="checkbox"/> Autre: _____ |
| <input type="checkbox"/> Convulsions | <input type="checkbox"/> Grippe | <input type="checkbox"/> Polio | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diphtérie laryngienne(croup) | <input type="checkbox"/> Blessures | <input type="checkbox"/> Fièvre rhumatismale | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diphtérie | <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Scarlatine | _____ |

Nommez toutes les allergies connues de l'enfant.

Médicaments: _____ **Aliments:** _____ **Autres:** _____

Nommez tous les médicaments qu'il prend de façon régulière: _____

Nommez tous les problèmes de santé connus de l'enfant: _____

Nommez les limites et les besoins particuliers de l'enfant en raison de ce traitement médical: _____

7790 EY 09/2022