FORMULAIRE D'INSCRIPTION / SERVICES DE GARDE UNIFOR

Centre familial d'éducation Unifor, 115, avenue Shipley, Port Elgin, ON NOH 2C5
Téléphone: (519) 389-3233 Télécopieur: (519) 389-3544 Courriel: cefgarderie@unifor.org

Programme :_____. Dates:_____

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant:_____
Nom complet

Adresse:_____
Numéro et rue Ville Province Code postal

Sexe:_____. Date de naissance: _____
(jour / mois / année)

Principale langue parlée à la maison: _____

Nom(s) des personnes à qui l'enfant peut être confié: _____

_____

RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS

Nom du parent/tuteur: _____ Numéro de section locale: _____

Adresse (si différente de ci-dessus): _____
Numéro et rue Ville Province Code postal

Téléphone (maison): _____ Téléphone (travail): _____

Téléphone cellulaire: _____ Courriel: _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Numéro d'assurance-maladie de l'enfant:_____

Votre enfant prend-il des médicaments sur une base régulière? (Si « oui », veuillez expliquer et préciser les heures de prise du médicament.). Oui _____ Non _____

_____

_____

Votre enfant souffre-t-il d'un problème médical comme une allergie, de l'asthme ou une autre maladie? (Si « oui », veuillez expliquer en détail la condition médicale.) Oui _____ Non _____

_____

_____

Votre enfant a-t-il des restrictions alimentaires? (Si « oui », veuillez expliquer.) Oui _____ Non _____

_____

_____

Votre enfant a-t-il des besoins spéciaux, p. ex., TDA, THADA, autisme, syndrome d'Asperger, paralysie cérébrale? (Si « oui », veuillez expliquer en détail.) Oui _____ Non _____

_____

_____

_____

Votre enfant a-t-il un problème comportemental qu'il nous faut connaître pour assurer sa sécurité et la sécurité des autres enfants? (Si « oui », veuillez expliquer en détail.) Oui _____ Non _____

_____

_____

_____

Votre enfant est-il physiquement apte à participer à toutes les activités? Oui _____ Non _____

Si « non », veuillez préciser les restrictions :_____

CONSENTEMENTS

Permettez-vous que votre enfant participe à de courtes promenades ou excursions supervisées dans un rayon de 2 km de la garderie d'Unifor?

Oui _____ Non _____

Advenant une urgence médicale, tous les efforts seront faits pour contacter les parents/tuteur/tutrice de l'enfant.

A. Advenant une urgence médicale, permettez-vous aux employés de la garderie d'Unifor qui ont reçu une formation en premiers soins d'urgence et en RCR d'administrer les soins nécessaires à votre enfant?

Oui _____ Non _____

B. S'il est impossible de vous joindre, donnez-vous, par la présente, votre accord pour qu'un médecin ou un hôpital (choisi par la garderie d'Unifor) hospitalise votre enfant et/ou lui administre les soins médicaux nécessaires?

Oui _____ Non _____

Les programmes de la Garderie d'Unifor ont une très bonne réputation. Permettez-vous que votre enfant soit filmé ou photographié par des médias publics ou par les services de relations publiques d'Unifor?

Oui _____ Non _____

_____ _____

Signature du parent/tuteur Date