

Formulaire Halte-répit 2022-2023



Identification de l'enfant Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>	Nom: _____ Prénom: _____		
	Date de naissance: _____	No d'assurance maladie: _____	Expiration: _____
	Allergies: _____		Médication: _____
	Besoins particuliers - Spécifiez:		
Parent 1 GARDE PARTAGÉE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Nom: _____ Prénom: _____		
	Téléphone: _____	2 è Téléphone: _____	
	Courriel: _____	Occupation: _____	
	Adresse du domicile: _____		
Parent 2	Nom: _____ Prénom: _____		
	Téléphone: _____	2 è Téléphone: _____	
	Courriel: _____	Occupation: _____	
	Adresse du domicile: _____		
Cochez si la même: <input type="checkbox"/>			
Dans cette section indiquez les personnes à contacter en cas d'urgence (autre que celles mentionnées plus haut) ainsi que les personnes autorisées à venir chercher l'enfant (s'il y en a d'autre que vous)			
Autres contacts	Prénom: _____	Téléphones: (indiquer plus d'un le cas échéant) _____	Lien avec l'enfant: _____
	Nom: _____		
	Contacter cette personne en cas d'urgence si je ne suis pas joignable <input type="checkbox"/> Cette personne est autorisée à venir chercher mon enfant <input type="checkbox"/>		
	Prénom: _____	Téléphones: (indiquer plus d'un le cas échéant) _____	Lien avec l'enfant: _____
Nom: _____			
Contacter cette personne en cas d'urgence si je ne suis pas joignable <input type="checkbox"/> Cette personne est autorisée à venir chercher mon enfant <input type="checkbox"/>			
Consentements	En cas d'urgence j'autorise la responsable de la halte-répit à appeler le 911 et j'autorise le transport en ambulance si nécessaire <input type="checkbox"/>	J'autorise les responsables à prendre des photos et des vidéos de mon enfant. Celles-ci servent à l'usage interne de Parentaïme, au site web et à sa page Facebook, j'en autorise la diffusion <input type="checkbox"/>	
Médicaments non prescrits	J'autorise la responsable de la halte-répit à administrer ou appliquer à mon enfants, les produits suivants en cas de besoin:	☑ Crème de l'érythème fessier	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		☑ Crème solaire	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		☑ Insectifuge	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		☑ Crème hydratante	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		☑ Lotion calamine	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		☑ Acétaminophène	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Autres informations (si nécessaire)	_____		
Je certifie que les renseignements contenus dans cette fiche sont exacts et complets:			
Signature du parent		Date: _____	
Personnel de l'organisme		Date: _____	