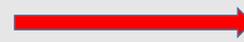


Formulaire inscription halte-garderie et membre

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: _____ N.A.S: _____		
	Téléphone: _____ 2 è Téléphone: _____	Date naissance: _____	
	Courriel: _____	Occupation: _____ Scolarité: _____	
	Adresse du domicile: _____ Code Postal: _____		
Parent 2	Nom: _____ Prénom: _____ N.A.S: _____		
	Téléphone: _____ 2 è Téléphone: _____	Date de naissance: _____	
	Courriel: _____	Occupation: _____ Scolarité: _____	
	Adresse du domicile: _____ Code Postal: _____		
Cochez si la même: <input type="checkbox"/>	Adresse du domicile: _____ Code Postal: _____		
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-répît 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-répît à administrer ou appliquer à mon enfants, les produits suivants en cas de besoin:	<input type="checkbox"/> Crème de l'érythème fessier OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Crème solaire OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Insectifuge OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Crème hydratante OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Lotion calamine OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
		<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:	

COMPLÉTEZ LA SUITE AU VERSO SVP



1er enfant	Nom _____	Prénom _____	
Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>	Date de naissance _____		
2e enfant	Nom _____	Prénom _____	
Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>	Date de naissance _____		
3e enfant	Nom _____	Prénom _____	
Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>	Date de naissance _____		
4e enfant	Nom _____	Prénom _____	
Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>	Date de naissance _____		
5e enfant	Nom _____	Prénom _____	
Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>	Date de naissance _____		
Notes: _____			
Type de famille <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Biparentale (2 parents) <input type="checkbox"/> Recomposée			Lors des activités, les éducatrices prennent des photos et des vidéos des enfants. Celles-ci servent à l'usage interne de Parentaïme pour le site internet et la page Facebook. Est-ce que vous nous autorisez à les publier? OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Source de revenu <input type="checkbox"/> Emploi temps plein <input type="checkbox"/> Emploi à temps partiel <input type="checkbox"/> Prestations d'assurance -emploi <input type="checkbox"/> Sécurité du revenu (aide sociale) <input type="checkbox"/> Travail autonome <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas répondre <input type="checkbox"/> Emploi saisonnier			
Revenu annuel de l'unité familiale <input type="checkbox"/> Moins de 20 500\$ <input type="checkbox"/> 50 001\$ à 62 000\$ <input type="checkbox"/> 20 501\$ à 38 000\$ <input type="checkbox"/> 62 001\$ et plus <input type="checkbox"/> 38 001\$ à 50 000\$ <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas répondre			

RÉSERVÉ À L'ANIMATRICE
INITIALES: _____

Signature du parent: _____

Date: _____