



(819) 666-2331
info@cpesixsaisons.com
68 Rue Kenosi, Wemotaci, QC GOX 3R0

CPE SIX SAISONS / FICHE D'INSCRIPTION

ENFANT

Nom et prénom de l'enfant : _____

Date de naissance de l'enfant : ____/____/____

Numéro de bande de l'enfant : _____

Numéro d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : ____/____/____

Langue(s) parlée(s) : _____ Langue(s) comprise(s) : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Vous n'avez pas de certificat de naissance? Cliquez [ici](#) pour l'obtenir.

MÈRE

Nom et prénom de la mère : _____

Numéro d'assurance sociale : _____

Occupation : _____

Courriel : _____

Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____ Tél. cellulaire : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

PÈRE

Nom et prénom du père : _____

Numéro d'assurance sociale : _____

Occupation : _____

Courriel : _____

Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____ Tél. cellulaire : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom et prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____ Téléphone : _____ Adresse : _____

CONTACT #1 EN CAS D'URGENCE (SI LES PARENTS SONT INJOIGNABLES)

Nom et prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Courriel : _____

Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____ Tél. cellulaire : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

CONTACT #2 EN CAS D'URGENCE (SI LES PARENTS SONT INJOIGNABLES)

Nom et prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Courriel : _____

Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____ Tél. cellulaire : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

**SANTÉ, ALIMENTATION DE L'ENFANT NÉCESSITANT UNE ATTENTION PARTICULIÈRE
ET, AU BESOIN, COORDONNÉES DU MÉDECIN**

Mon enfant souffre-t-il d'une intolérance alimentaire? Oui Non

Si oui, de quelle(s) intolérance(s) s'agit-il? _____

Quels sont les symptômes? _____

Mon enfant souffre-t-il d'une allergie? Oui Non

Si oui, de quelle(s) allergie(s) s'agit-il? _____

Mon enfant a-t-il un ÉpiPen? Oui Non Date d'expiration : _____

Si votre enfant présente des allergies ou intolérances, vous devez obligatoirement céder une rencontre d'environ 30 minutes avec la cuisinière avant l'entrée de votre enfant au CPE.

Y a-t-il des restrictions alimentaires qui s'appliquent à mon enfant? Oui Non

Si oui, quelles sont ces restrictions? _____

Y a-t-il d'autres problèmes de santé connus? _____

Liste des médicaments prescrits qui devront être administrés au CPE : _____

DISPOSITION À PRENDRE EN CAS D'URGENCE POUR LA SANTÉ DE L'ENFANT

J'autorise le CPE à prendre les mesures jugées nécessaires concernant la santé de mon enfant. En cas de maladie ou d'accident grave, j'accepte que le CPE entreprenne les démarches suivantes :

- Le CPE s'efforcera de m'avertir dans les plus brefs délais.
- Le CPE demandera l'assistance médicale.
- Si jugé nécessaire, le CPE fera appel aux services ambulanciers, auquel cas je m'engage à en assumer les frais.

Signature du parent

Date

Coordonnées du médecin :

Nom et prénom : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

AUTRES AUTORISATIONS

AUTORISATION CONCERNANT LA PHOTOGRAPHIE OU L'UTILISATION DE LA VIDÉO

J'autorise le CPE à prendre des photos de mon enfant dans diverses circonstances. J'autorise également le CPE à filmer mon enfant sur bande vidéo. Dans les deux cas, je suis assuré(e) qu'en aucun moment ces activités ne porteront atteinte à l'intégrité de mon enfant et qu'à tout moment je pourrai consulter les résultats. Lors des sorties ou événements spéciaux, j'autorise également d'autres parents utilisateurs du CPE à prendre des photographies de mon enfant.

Signature du parent

Date

AUTORISATION POUR LA PARTICIPATION DE MON ENFANT AUX SORTIES ORGANISÉES ET AUX ACTIVITÉS SPÉCIALES

J'accepte que mon enfant participe aux sorties et activités spéciales organisées par le CPE. S'il y a lieu, le coût de l'activité (transport, matériel, etc.) est ajouté à la facture régulière.

Signature du parent

Date

JE DÉSIRE RECEVOIR MON ÉTAT DE COMPTE PAR COURRIEL

Courriel : _____

Signature du parent

Date

HORAIRE PRÉVU

Date de début de fréquentation : ____ / ____ / ____

Indiquez les journées ou demi-journées de fréquentation prévues par semaine :

Lundi

Mardi

Mercredi

Jeudi

Vendredi

A.M.

A.M.

A.M.

A.M.

A.M.

P.M.

P.M.

P.M.

P.M.

P.M.

Signature du parent

Signature du représentant du CPE

Date