



**INFORMATION SUR LES PARENTS**

**PARENT 1 :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

TÉL. : \_\_\_\_\_ TÉL. AU TRAVAIL : \_\_\_\_\_ poste : \_\_\_\_\_ CELL. : \_\_\_\_\_

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE (pour relevé d'impôt) : \_\_\_\_\_

COURRIEL (POUR RECEVOIR L'ÉTAT DE COMPTE PAR COURRIEL) : \_\_\_\_\_

**PARENT 2 :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

TÉL. : \_\_\_\_\_ TÉL. AU TRAVAIL : \_\_\_\_\_ poste : \_\_\_\_\_ CELL. : \_\_\_\_\_

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE : \_\_\_\_\_

COURRIEL (POUR RECEVOIR L'ÉTAT DE COMPTE PAR COURRIEL) : \_\_\_\_\_

À noter : Les relevés fiscaux seront remis au payeur. Le numéro d'assurance social du payeur est demandé afin que nos relevés soient valides. Si des paiements sont faits par une autre personne que le payeur prévu, nous devons demander le numéro d'assurance sociale de celui-ci afin que ses relevés soient valides.

**FICHE MÉDICALE**

Maladies ou conditions particulières : \_\_\_\_\_

Conditions restrictives pour les activités physiques : \_\_\_\_\_

Allergies (type) : \_\_\_\_\_

Prend-t-il des médicaments régulièrement ? NON  OUI  Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

**AUTORISATION**

J'autorise le service de garde à administrer un médicament que j'aurai  
fourni avec la posologie OUI  NON

J'autorise le personnel du service de garde à prendre les mesures nécessaires  
pour faire soigner mon enfant (transport à l'urgence, à un centre hospitalier  
ou un appel à un médecin, etc.) en cas d'urgence. OUI  NON

J'autorise que mon enfant soit photographié pour les besoins du service de garde OUI  NON

**PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) À VENIR CHERCHER  
L'ENFANT (AUTRES QUE LES PARENTS)**

NOM : \_\_\_\_\_ TÉL. (rés.) : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ TÉL. (autre) : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ TÉL. (rés.) : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ TÉL. (autre) : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ TÉL. (rés.) : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ TÉL. (autre) : \_\_\_\_\_

**SIGNATURE DU PARENT :** \_\_\_\_\_ **DATE :** \_\_\_\_\_