



T 819 758-9979

265, rue Notre-Dame Est, Victoriaville QC G6P 4A4

Année scolaire :

## Identification de l'enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  Garçon  Fille  
Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
No d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_ Expiration (mm/aaaa) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Langue parlée et comprise :  Français  Anglais  Autre : \_\_\_\_\_  
Lieu de naissance de votre enfant (ville et pays) : \_\_\_\_\_  
Quel établissement votre enfant fréquente-t-il actuellement? \_\_\_\_\_  
Est-ce que votre enfant a une sœur ou un frère à notre école?  Oui  Non  
Avez-vous fait une demande d'admission à un autre établissement Vision?  Oui  Non

## Identification des parents ou tuteurs

Père  Mère  Tuteur  Tutrice  Père  Mère  Tuteur  Tutrice  
Nom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse :  Même que l'enfant Adresse :  Même que l'enfant  
\_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Téléphone résidence : \_\_\_\_\_ Téléphone résidence : \_\_\_\_\_  
Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_ Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_  
Téléphone bureau : \_\_\_\_\_ Téléphone bureau : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_  
Pays de naissance : \_\_\_\_\_ Pays de naissance : \_\_\_\_\_

Indiquez le numéro d'assurance sociale de la personne à qui l'école doit émettre les relevés pour fins d'impôt :

Père : \_\_\_\_\_  Mère : \_\_\_\_\_  Tuteur : \_\_\_\_\_  Tutrice : \_\_\_\_\_

## Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autres que les parents)

---

### Personne autorisée 1 ▼

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone résidence : \_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_

Téléphone bureau : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

### Personne autorisée 2 ▼

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone résidence : \_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_

Téléphone bureau : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

### Personne autorisée 3 (optionnel) ▼

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone résidence : \_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_

Téléphone bureau : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

### Personne autorisée 4 (optionnel) ▼

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone résidence : \_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_

Téléphone bureau : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

## Personnes à contacter en cas d'urgence (autres que les parents)

---

### Contact en cas d'urgence 1 ▼

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone résidence : \_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_

Téléphone bureau : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

### Contact en cas d'urgence 2 ▼

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone résidence : \_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_

Téléphone bureau : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

## Horaire de fréquentation

---

Cochez un des horaires offerts.\*

Mardi et jeudi (2 jours)

am  pm

Lundi, mercredi et vendredi (3 jours)

am  pm

Lundi au vendredi (5 jours)

am  pm

\*Vérifiez l'offre de service auprès de l'établissement.

## Renseignements sur la santé

---

### État général de santé

Votre enfant souffre-t-il ?

	Oui	Non	Précisez (symptômes, réactions, traitements, etc.)
Asthme .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergies.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Handicap.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Troubles cardiaques .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Épilepsie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hémophilie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabète .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Autres .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Dans le cas où votre enfant doit prendre un ou des médicaments (autre que l'acétaminophène), veuillez compléter le formulaire « AUTORISATION PARENTALE POUR L'ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT ».

### Allergies

Votre enfant a-t-il des allergies ?

	Oui	Non	Précisez (symptômes, réactions, traitements, etc.)
Aliments .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Médicaments.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Autres .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Si vous avez répondu « Oui », veuillez compléter le formulaire « COLLECTE DE DONNÉES SUR LES ALLERGIES ».

### Accident ou opération

Votre enfant a-t-il déjà eu un accident ou une opération majeure?  Oui  Non

---

### Aide particulière

Votre enfant est-il suivi par un spécialiste de la santé (psychologue, psychiatre, orthophoniste, etc.)?  Oui  Non

---

### Alimentation

Quelles sont les exigences particulières à respecter (excluant les allergies) au niveau de l'alimentation de votre enfant ?

---

### Autres

Y a-t-il des difficultés, contraintes ou restrictions particulières concernant la santé ou le comportement de votre enfant dont vous voudriez nous faire part?  Oui  Non

---

### Médecin

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

## Autorisations

---

### En cas d'urgence

J'autorise le personnel désigné du service de garde à prendre les dispositions nécessaires pour la santé et la sécurité de mon enfant :

Oui  Non

### Sorties et activités

Je consens à ce que mon enfant participe à des sorties récréatives et éducatives à proximité du service de garde (rayon inférieur à 1 km). Pour toute autre sortie, une demande de consentement me sera présentée à l'avance pour approbation.

Oui  Non

Votre consentement est valide pour la durée de la fréquentation de notre service de garde par votre enfant.

### Administration/application de certains produits

J'autorise le personnel désigné à administrer ou appliquer les produits suivants à mon enfant :

- Gouttes nasales salines
- Solution orale d'hydratation (type Pedialyte)
- Crème à base d'oxyde de zinc
- Crème solaire
- Lotion calamine
- Crème hydratante
- Baume à lèvres

Posologie : Ces produits seront appliqués \_\_\_\_\_  
(Ex. : au besoin, selon les indications du parent, etc.)

Durée de l'autorisation : \_\_\_\_\_  
(Ex. : pour la durée de la fréquentation au préscolaire, renouvelable chaque année, etc.)

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Père  Mère  Tuteur  Tutrice

*Pour toutes informations supplémentaires, veuillez communiquer avec la direction du service de garde.*

---

### À l'usage de l'administration – Ne rien écrire dans cet espace

Frais :  Chèque  Comptant  Prélèvement bancaire      Mois :  Juillet  Aout  Sept.  Oct.  Nov.  Déc.  
 Janv.  Févr.  Mars  Avril  Mai  Juin

Date d'admission : \_\_\_\_\_ Groupe : \_\_\_\_\_

### Documents reçus

- Certificat d'acte de naissance
- Contrat de services
- Photographie de l'enfant
- Évaluation psychologique (si l'enfant a déjà été suivi)
- Évaluation de la garderie (si possible)