

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION POUR LA GARDE D'ENFANTS**  
**Conseil régional de l'atlantique – Unifor – Delta Beauséjour, Moncton (N-B)**

Services de garde d'Unifor, à l'attention de Laurie Wright, télécopieur (519) 389-3544, courriel [Laurie.Wright@unifor.org](mailto:Laurie.Wright@unifor.org) ou Centre familial d'éducation d'Unifor : R.R. #1, Port Elgin, ON N0H 2C5

**RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT**

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_  
Nom complet

Adresse: \_\_\_\_\_  
Numéro et rue Ville Province Code postal

Sexe: \_\_\_\_\_. Date de naissance: \_\_\_\_\_  
(jour / mois / année)

Principale langue parlée à la maison: \_\_\_\_\_

Nom(s) des personnes à qui l'enfant peut être confié: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS**

Nom du parent/tuteur: \_\_\_\_\_ Numéro de section locale: \_\_\_\_\_

Adresse (si différente de ci-dessus): \_\_\_\_\_  
Numéro et rue Ville Province Code postal

Téléphone (maison): \_\_\_\_\_ Téléphone (travail): \_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

Numéro d'assurance-maladie de l'enfant: \_\_\_\_\_

Votre enfant prend-il des médicaments sur une base régulière? (Si « oui », veuillez expliquer et préciser les heures de prise du médicament.)  
Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Votre enfant souffre-t-il d'un problème médical comme une allergie, de l'asthme ou une autre maladie? (Si « oui », veuillez expliquer en détail la condition médicale.)  
Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Votre enfant à-t-il des restrictions alimentaires? (Si « oui », veuillez expliquer.)

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Votre enfant à-t-il des besoins spéciaux, p. ex., TDA, THADA, autisme, syndrome d'Asperger, paralysie cérébrale? (Si « oui », veuillez expliquer en détail.)

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Votre enfant à-t-il un problème comportemental qu'il nous faut connaître pour assurer sa sécurité et la sécurité des autres enfants? (Si « oui », veuillez expliquer en détail.)

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Votre enfant est-il physiquement apte à participer à toutes les activités?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si « non », veuillez préciser les restrictions : \_\_\_\_\_

### CONSETEMENTS

Permettez-vous que votre enfant participe à de courtes promenades ou excursions supervisées dans un rayon de 2 km de la garderie des Unifor?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Advenant une urgence médicale, tous les efforts seront faits pour contacter les parents/tuteur/tutrice de l'enfant.

A. Advenant une urgence médicale, permettez-vous aux employés de la garderie Unifor qui ont reçu une formation en premiers soins d'urgence et en RCR d'administrer les soins nécessaires à votre enfant?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

B. S'il est impossible de vous joindre, donnez-vous par la présente votre accord pour qu'un médecin ou un hôpital (choisi par la garderie des Unifor) hospitalise votre enfant et/ou lui administre les soins médicaux nécessaires?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Les programmes de la Garderie des Unifor ont une très bonne réputation. Permettez-vous que votre enfant soit filmé ou photographié par des médias publics ou par les Relations publiques des Unifor?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du parent/tuteur

\_\_\_\_\_  
Date