



T 819 821-1133 F 819 821-3909

5100, rue Henri-Labonne, Sherbrooke QC J1N 1J1

sherbrooke@ecolevision.com

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

Parent 1 ▼

Père Mère Tuteur Tutrice

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : Même que l'enfant

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone résidence : _____

Téléphone cellulaire : _____

Téléphone bureau : _____

Courriel : _____

Profession : _____

Pays de naissance : _____

Parent 2 ▼

Père Mère Tuteur Tutrice

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : Même que l'enfant

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone résidence : _____

Téléphone cellulaire : _____

Téléphone bureau : _____

Courriel : _____

Profession : _____

Pays de naissance : _____

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

Parent 1 : _____ Parent 2 : _____ 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 ou infirmière praticienne spécialisée

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

Condition(s) des parents (s'il y a lieu) : _____

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 Août 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)