

En vertu de l'alinéa 32 du Règlement de 2015 sur les garderies d'enfants, chaque titulaire de permis est tenu de posséder un dossier mobile renfermant des renseignements sur chaque enfant inscrit au centre en cas d'urgence.

Date : ____/____/____
(Année/Mois/Jour)

Nom de l'enfant: _____ Numéro d'assurance-maladie: _____
Date de naissance: ____/____/____ Numéro de Group Medical Services ou de
(Année/Mois/Jour) Medical Services Incorporated: _____
Nom du parent ou tuteur: _____ **Nom du parent ou tuteur:** _____
Adresse: _____ Adresse: _____
Code postal: _____ Code postal: _____
Téléphone à la maison: _____ Téléphone à la maison: _____
Téléphone au travail: _____ Téléphone au travail : _____
Tél. cell.: _____ Tél. cell.: _____
Courriel: _____ Courriel: _____

Deux autres personnes à joindre en cas d'urgence:

1. Nom: _____ **2. Nom:** _____
Lien avec l'enfant: _____ Lien avec l'enfant: _____
Téléphone à la maison: _____ Téléphone à la maison: _____
Téléphone au travail: _____ Téléphone au travail: _____
Tél. cell.: _____ Tél. cell.: _____
Courriel: _____ Courriel: _____

Nom du médecin de famille: _____ **Téléphone:** _____
Adresse: _____

L'enfant a-t-il déjà souffert de l'un ou l'autre de ces problèmes de santé?

- | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Maux d'oreilles | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Amygdalite |
| <input type="checkbox"/> Bronchite | <input type="checkbox"/> Eczéma | <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Coqueluche |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Rhumes fréquents | <input type="checkbox"/> Pneumonie | <input type="checkbox"/> Autre _____ |
| <input type="checkbox"/> Convulsions | <input type="checkbox"/> Grippe | <input type="checkbox"/> Polio | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diphtérie laryngienne(croup) | <input type="checkbox"/> Blessures | <input type="checkbox"/> Fièvre rhumatismale | |
| <input type="checkbox"/> Diphtérie | <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Scarlatine | |

Nommez toutes les allergies connues de l'enfant.

Médicaments	Aliments	Autres
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nommez tous les médicaments qu'il prend de façon régulière:

Nommez tous les problèmes de santé connus de l'enfant:

Nommez les limites et les besoins particuliers de l'enfant en raison de ce traitement médical:

