

# Le Centre l'Arc-en-ciel



119 DeBlois Rd RR3  
Tignish (PE)  
COB 2B0

Téléphone: (902) 882-0479 ext. 3  
Télécopieur: (902) 882-0482

## Fiches d'inscription

Note: If you need any help understanding this document, do not hesitate to ask one of the educators or supervisor of *Le Centre l'Arc-en-ciel* in private.

Mise à jour juillet 2008

**Le Centre l'Arc-en-ciel**  
**Formulaire d'inscription**

- Garderie / Daycare  
 Préscolaire / Preschool  
 Pré-maternelle / Pre-Kindergarten  
 Maternelle / Kindergarten

Date de l'application : \_\_\_\_\_

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

Date de naissance : Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_

Numéro carte de santé (carte orange) : \_\_\_\_\_

Nom du médecin de famille : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Notre enfant vie avec :     les deux parents             la mère             le père

\_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

Adresse civic : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : Maison \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_

Lieu du travail : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Nom du père : \_\_\_\_\_

Adresse civic :(si différente) \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : Maison \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_

Lieu du travail : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

En cas d'urgence 1. \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Autres personnes qui demeurent à la maison (ex. frère, sœur, oncle, etc.)

Nom \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_; Nom \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_; Nom \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_

Est-ce que votre enfant comprend la langue française? Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_

Est-ce que votre enfant a tendance à parler plus en anglais qu'en français durant une journée régulière? Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_

Noms des personnes, autre que les parents, que vous autorisez à venir chercher votre enfant au Centre.

1. Nom : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

2. Nom : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

3. Nom : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature de la mère : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature du père : \_\_\_\_\_

## Le Centre l'Arc-en-ciel

### Formulaire d'alerte d'allergie ou de condition médicale

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

Allergie(s) : \_\_\_\_\_

Condition médicale : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il / Elle prend le médicament suivant : \_\_\_\_\_

Quantité : \_\_\_\_\_

Le médicament se trouve : \_\_\_\_\_

Signature d'un parent(s) : \_\_\_\_\_

Signature de la directrice : \_\_\_\_\_

Photo :

★ S.V.P Incrire le nom de votre enfant avec un marqueur permanent sur les seringues et le mettre dans un sac Ziplock.

## Fiche de santé

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_  
Médecin de famille : \_\_\_\_\_ No. de tél. : \_\_\_\_\_  
Votre enfant a-t-il été immunisé au niveau de la province?  
Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ Si non, précisez \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes		
Maladies	Oui	Non
La rougeole (measles)		
La roséole (german measles, roseola)		
La varicelle (chicken-pox)		
La coqueluche (whooping cough)		
Les oreillons (mumps)		
Votre enfant a-t-il des problèmes de santé		
Diabète (diabetes)		
Asthme (asthma)		
Allergies		
Convulsions (seizures)		
Épilepsie		
Troubles émotifs (emotional)		
Troubles visuels (sight)		
Troubles auditifs (hearing)		
Troubles dentaires (dental)		
Troubles de langage (speech)		
Incapacités physiques (physical)		
Incapacités mentales (mental)		
Autres (others) :		

Commentaires (comments) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant a des peurs? Si oui, expliquez : \_\_\_\_\_

---

---

Est-ce que votre enfant suit un régime spécial? Si oui, expliquez : \_\_\_\_\_

---

---

Y a-t-il des activités auxquelles il / elle ne peut pas participer? Si oui, expliquez :

---

---

Autres commentaires : \_\_\_\_\_

---

---

Je déclare que les informations données sont vrai au meilleur de mes connaissances. Je reconnais aussi que s'il y a des modifications aux informations ci-dessus, que c'est ma responsabilité comme parent d'informer la directrice du Centre l'Arc-en-ciel.

Signature de la mère : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature du père : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Le Centre l'Arc-en-ciel**

**Liscence #4395**

**Ce formulaire est à lire, à remplir et à remettre avec vos feuilles d'inscription  
à la superviseure le l'Arc-en-ciel.**



Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_  
Je \_\_\_\_\_ donne la permission pour l'année  
\_\_\_\_\_ aux employées du Centre l'Arc-en-ciel (L4395) d'embarquer  
mon(mes) enfant(s) dans leurs voitures en cas d'urgence et de se rendre à un  
endroit sécuritaire. Ceci inclut la permission de transporter mon(mes) enfant(s)  
sans ou avec des sièges d'auto. Je comprends qu'il faudra venir chercher  
mon(mes) enfant(s) à cet endroit immédiatement.

Signature des parents : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

**Formulaire en cas d'urgence médicale**

Si mon enfant \_\_\_\_\_, est gravement blessé et que la  
directrice ou les membres du personnel du Centre ne réussissent pas de me  
rejoindre (ni mon conjoint, les personnes indiquées, etc.). Je donne, par les  
présentes la permission à la directrice ou aux membres du personnel désignés,  
d'agir en mon nom pour obtenir ou autoriser des soins médicaux d'urgence pour  
mon enfant. Je comprend que l'approbation peut être donnée seulement sur le  
conseil d'un médecin qualifié.

Signatures : Mère : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Père : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## **Formulaire d'autorisation pour les photographies**

À plusieurs occasions durant l'année, le personnel du Centre L'Arc-en-ciel organisera des activités spéciales. Lors de ces journées, et même tout au long de l'année, il nous arrivera de prendre des photographies de votre enfant. Veuillez S.V.P., compléter et signer le formulaire nous donnant la permission de le faire. Il va de soit que ces photographies seront pour l'usage exclusif du Centre l'Arc-en-ciel et que les photos ne seront pas distribuées à d'autres organismes ou personnes sans votre permission.

- Je (nom du parent) \_\_\_\_\_, autorise par la présente le personnel du Centre l'Arc-en-ciel à prendre des photographies de mon (mes) enfant(s).
- Je (nom du parent) \_\_\_\_\_, n'autorise pas en aucun cas la prise de photographies de mon enfant au Centre l'Arc-en-ciel.

## **Formulaire d'acceptation des règlements et politiques du Centre l'Arc-en-ciel**

Je \_\_\_\_\_, ai lu, j'ai compris et j'accepte de suivre les politiques et règlements du Centre l'Arc-en-ciel.

Signatures : Père \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Mère \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_