

# Centre de la petite enfance Le Petit Réseau inc.

## Fiche d'admission

### 1-Identification de l'enfant

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_  
Langue comprise: \_\_\_\_\_ Langue parlée: \_\_\_\_\_  
Date de naissance: \_\_\_\_\_ Téléphone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nombre de jour de présence au centre par semaine: \_\_\_\_\_

L M M J V

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

### 2-Identification de la mère \_\_\_ ou père \_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ N.A.S. \_\_\_\_\_  
Adresse: même que l'enfant: \_\_\_\_\_ ou: \_\_\_\_\_  
Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_ Téléphone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Tél au travail : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_  
Tél cellulaire : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Matricule Hydro : \_\_\_\_\_  
Statut Hydro : Permanent \_\_\_ ou Temporaire \_\_\_  
Employé MDD (Maison Développement Durable) \_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

### 3-Identification du père \_\_\_ ou mère \_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ N.A.S. \_\_\_\_\_  
Adresse: même que l'enfant: \_\_\_\_\_ ou: \_\_\_\_\_  
Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_ Téléphone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Tél au travail : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_  
Tél cellulaire : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Matricule Hydro : \_\_\_\_\_  
Statut Hydro : Permanent \_\_\_ ou Temporaire \_\_\_  
Employé MDD (Maison Développement Durable) \_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

#### 4-Fiche médicale de l'enfant

No .d'ass. Maladie: \_\_\_\_\_ Expiration: \_\_\_\_\_

A-t-il été vacciné: oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

Souffre-t-il d'allergies: oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_ Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

A-t-il déjà été blessé ou accidenté: oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_ si oui, détaillez \_\_\_\_\_

Requiert-t-il une attention particulière en lien avec sa santé, si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

Si oui, vous devez nous fournir le nom, adresse et téléphone du médecin : \_\_\_\_\_

En cas d'urgence, qui d'autre que le parent peut on contacter? \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

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

Téléphone:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ cellulaire tél :(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

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

#### 5-Divers

Avez-vous des remarques à faire sur le comportement et les goûts particuliers de votre enfant, susceptibles de nous aider à mieux comprendre votre enfant et lui assurer un séjour agréable dans notre centre.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 6-Autorisations

Nom, adresse et téléphone de la personne (autre que la mère ou le père) autorisée à venir chercher l'enfant régulièrement au Centre.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

Téléphone :(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Autre tél :(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

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

## 6-Autorisations (suite)

Si l'un ou l'autre des parents n'est pas autorisé à venir chercher l'enfant, veuillez expliquer les raisons et fournir, obligatoirement, une copie du jugement.

---

---

---

Acceptez-vous que votre enfant participe aux sorties et activités extérieures organisées par le centre : oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

(Les sorties extérieures feront l'objet d'une autorisation spécifique).

J'autorise le centre à prendre les dispositions nécessaires relatives à la santé de mon enfant en cas d'urgence, et j'accepte que le centre amène mon enfant à l'hôpital ou chez un médecin de son choix : oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_.

J'autorise le centre à administrer à mon enfant tout médicament prescrit par mon médecin : oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_.

## 7-Signatures

Je reconnais avoir pris connaissance des règlements généraux, des règlements de régie interne, de la politique de prévention des infections et politique de retrait des enfants malades, de la politique du centre concernant les maladies transmissibles par le sang, de la politique en matière de protection des renseignements personnels et de respect de la vie privée, de la politique pour contrer le harcèlement et du programme éducatif du centre de la petite enfance Le Petit Réseau inc. Les documents sont disponibles sur le site du CPE : [Lepetitreseau.com](http://Lepetitreseau.com)

En conséquence, je m'engage à respecter tous les règlements du centre et j'atteste que les renseignements ci hauts sont exacts et complets.

Signature de la mère : \_\_\_\_\_

Et, ou

Signature du père : \_\_\_\_\_

Signature de la direction du centre : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Remettre par courriel au [mylene@lepetitreseau.com](mailto:mylene@lepetitreseau.com)

*Ce questionnaire est confidentiel*