



## CAMP DE MARS 2023

### ENFANT

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

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe de l'enfant : Garçon  Fille

### PARENTS / TUTEURS

**Parent :** \_\_\_\_\_ Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_ Téléphone maison : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Adresse du domicile : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Passe-temps/Loisirs : \_\_\_\_\_

**Parent:** \_\_\_\_\_ Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_ Téléphone maison : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Adresse du domicile : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Passe-temps/Loisirs : \_\_\_\_\_

### JOURS DE FRÉQUENTATION DE L'ENFANT

Lundi 13/03	Mardi 14/03	Mercredi 15/03	Jeudi 16/03	Vendredi 17/03

### PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER MON ENFANT AU CAMP DE MARS

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

### PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (PARENTS NON JOIGNABLES)

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

### AUTORISATIONS

Sorties au parc	Photos promotionnelles	Maquillage
Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>



## CAMP DE MARS 2023

Numéro d'assurance-santé du Yukon : \_\_\_\_\_

Médecin de famille : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Dossier immunitaire : À jour  Pas à jour  Je ne sais pas

En cas d'urgence, j'autorise le personnel de la Garderie à transporter mon enfant à l'Hôpital Général de Whitehorse Oui  Non  Signature : \_\_\_\_\_

### ALLERGIES

Votre enfant a-t-il des **intolérances alimentaires** ? Oui  Non

Si oui, à quels aliments ? \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il une **allergie** ? Oui  Non

Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il une *Épipen* ou tout autre médicament en sa possession ? Oui  Non

Votre enfant porte-t-il un identifiant *médicalert*? Oui  Non  Type : \_\_\_\_\_

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Antécédents médicaux : Asthme  Épilepsie  Diabète  Autre  \_\_\_\_\_

### MESURES DISCIPLINAIRES POSITIVES (information exigée par ELCC)

Veuillez expliquer les mesures disciplinaires positives efficaces utilisées à la maison : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### AUTRES INFORMATIONS

Veuillez noter toute autre information pertinente (blessures, maladies, problèmes de comportement, etc.) que nous devrions savoir pour le bien-être de votre enfant : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature du parent: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_