



Centre d'activités préscolaires et familiales  
 122, rue Berri  
 Gatineau, Québec  
 J8Y 4H8  
 (819) 776-0114

## INSCRIPTION

**Veillez remplir le formulaire suivant, le sauvegarder et nous l'envoyer par courriel au : [capf@bellnet.ca](mailto:capf@bellnet.ca)**

**Nous effectuons cette collecte de renseignements personnels afin de gérer votre dossier et pouvoir intervenir adéquatement en situation d'urgence.**

Date d'inscription		
<b>INFORMATIONS GÉNÉRALES</b>		
Nom du parent 1		
Nom du parent 2		
Adresse		
Ville		
Code Postal		
Téléphones	Maison	
	Travail parent 1	
	Travail parent 2	
	Cellulaire ou autre	
Adresse courriel		
<b>VOUS AVEZ EU L'INFORMATION SUR LE CENTRE GRACE À :</b>		
Réseaux sociaux <input type="checkbox"/>	Pamphlets <input type="checkbox"/>	
Bouche à oreille <input type="checkbox"/>	Autres, précisez	
<b>PREMIER ENFANT :</b>		
Prénom		
Nom		
Date de Naissance <i>jj/mm/aaaa</i>		
<b>DEUXIÈME ENFANT :</b>		
Prénom		
Nom		
Date de Naissance <i>jj/mm/aaaa</i>		
<b>TROISIÈME ENFANT :</b>		
Prénom		
Nom		
Date de Naissance <i>jj/mm/aaaa</i>		

Autre que vous, personne(s) autorisée(s) à venir chercher votre enfant de façon régulière. **S.v.p. fournir une photo!** Pour tout changement, veuillez en aviser la direction.

---

## CONTACTS

*Notez qu'en cas d'urgence, les parents sont toujours les premiers appelés.*

<b>À JOINDRE EN CAS D'URGENCE (Premier enfant)</b>		
Nom		
Lien avec l'enfant		
Téléphones	Maison	
	Travail	
	Cellulaire ou autre	
Nom		
Lien avec l'enfant		
Téléphones	Maison	
	Travail	
	Cellulaire ou autre	
<b>À JOINDRE EN CAS D'URGENCE (Deuxième enfant)</b>		
<b>Cocher ici pour utiliser les mêmes contacts que pour l'enfant précédent : <input type="checkbox"/></b>		
Nom		
Lien avec l'enfant		
Téléphones	Maison	
	Travail	
	Cellulaire ou autre	
Nom		
Lien avec l'enfant		
Téléphones	Maison	
	Travail	
	Cellulaire ou autre	
<b>À JOINDRE EN CAS D'URGENCE (Troisième enfant)</b>		
<b>Cocher ici pour utiliser les mêmes contacts que pour l'enfant précédent : <input type="checkbox"/></b>		
Nom		
Lien avec l'enfant		
Téléphones	Maison	
	Travail	
	Cellulaire ou autre	
Nom		
Lien avec l'enfant		
Téléphones	Maison	
	Travail	
	Cellulaire ou autre	

## FICHE DE SANTÉ

ENFANTS :	PREMIER	DEUXIÈME	TROISIÈME
Nom			
Prénom			
Date de Naissance <i>jj/mm/aaaa</i>			
Votre enfant prend des médicaments régulièrement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Allergies à certains aliments Si oui, lesquels?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Allergies à des médicaments Si oui, lesquels?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
L'enfant souffre-t-il de...			
Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Problèmes cardiaques	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Hémophilie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Maladie de la peau	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres (précisez)			
Si l'on doit transporter votre enfant à l'hôpital, nous irons au plus près, soit celui de Hull.			
Si vous souhaitez un autre hôpital, indiquez lequel.			
No d'ass. Maladie			
Date d'expiration			

***En cas d'urgence, j'autorise le CAPF à prendre les dispositions nécessaires, relatives à la santé de mes enfants.***

*Recommandations spéciales:* \_\_\_\_\_

*Signatures des parents:* \_\_\_\_\_