

Service de garde "LES PAPILLONS"

Fiche d'inscription 2026-2027

Photo d'enfant

Bureau: CARE PLAN ☐

ALLERGIES ☐

Informations de votre enfant

Nom de Famille			Prénom(s)			Âge		Année (Grade)	
Sexe: M F	Date de naissance	aaaa mm jj	Premier jour au service de garde cette année		aaaa mm jj				
Adresse		Ville, Province			Code postal				
No de téléphone		Première langue		Deuxième langue					
Personne(s) avec qui vit l'enfant									
No. de carte de soins (Care Card Number: MSP)					(Nom et No. de carte d'assurance médicale privée, si le cas)				

Parents/Tuteurs

Nom		☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur	
Adresse		Tél. Cellulaire	Tél. Maison
Lieu de travail	Heures de travail	Tél. (travail)	Extension
Adresse courriel:			
Nom		☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur	
Adresse		Tél. Cellulaire	Tél. Maison
Lieu de travail	Heures de travail	Tél. (travail)	Extension
Adresse courriel:			

Renseignements sur les droits de garde et autres informations utiles :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant / Contact en cas d'urgence

Nom		Relations		No de téléphone	
Adresse		Parle français		Parle anglais	
		☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non
Nom		Relations		No de téléphone ()	
Adresse		Parle français		Parle anglais	
		☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non

Service de garde "LES PAPILLONS"

Fiche d'inscription 2026-2027

Autres enfants vivant à la maison

Nom	Date de naissance	aaaa	mm	jj
Nom	Date de naissance	aaaa	mm	jj
Nom	Date de naissance	aaaa	mm	jj

Santé/Nutrition

Maladies importantes contractées précédemment				
Votre enfant a-t-il : Des problèmes de vue ? ☐ Oui ☐ Non Des problèmes auditifs ? ☐ Oui ☐ Non Des problèmes d'élocution ? ☐ Oui ☐ Non Prend des médicaments ? ☐ Oui ☐ Non Un régime alimentaire spécial ? ☐ Oui ☐ Non Des problèmes de santé ? ☐ Oui ☐ Non Des allergies ? ☐ Oui ☐ Non				
**Veuillez préciser les cases cochées : Oui				
Vaccination ☐ joindre une copie du carnet de santé <u>ou</u> ☐ indiquer les dates de vaccination ci-dessous				
Diphtérie, tétanos et coqueluche (DPT)	aaaa	mm	dd	Polio aaaa mm dd
Méningite (HIB D)	aaaa	mm	dd	Rougeole, oreillons et rubéole (MMR) aaaa mm dd

Contact médical d'urgence

Docteur, sinon le nom de la clinique	Tél: ()	Adresse
Dentiste	Tél: ()	Adresse
Autre	Tél: ()	Adresse

Signature du parent/tuteur	Nom	Date		
		aaaa	mm	jj

Service de Garde "LES PAPILLONS"

Cell: 236-886-5310 Tel. 604-597-1590

lespapillons.garderie@gmail.com

<https://affgvfv.ca/garderie-les-papillons/>

Alliance Francophone et Francophile – Greater Vancouver & Fraser Valley

6887 132 street, Surrey, B.C, V3W 4L9

Tel. 604-597-1590

info@afsurrey.ca

<https://affgvfv.ca/>