



Nom de l'enfant	
Date de naissance	

Parent 1. Nom	Dom :()
Adresse du domicile	Cell : ()
Adresse/travail	Tel : ()

Parent 2. Nom	Dom :()
Adresse du domicile	Cell : ()
Adresse/travail	Tel : ()

Nom du médecin	Tél:()
Adresse :	
# de carte de santé :	

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

Contact d'urgence #1	Nom :
Tél/travail	() Cell :()
Adresse	

Contact d'urgence #2	Nom :
Tél/travail	() Cell :()
Adresse	

Allergies ou restrictions alimentaires :

En cas d'urgence, je donne ma permission à la garderie Du Soleil Levant d'accompagner mon enfant en ambulance ou en taxi au centre hospitalier le plus proche et accepte tout traitement médical, anesthésie ou autres procédés médicaux nécessaires par le médecin, pour le bien être de mon enfant. S'il y a des frais à payer, je m'engage à les payer. Je comprends que je serai contacté immédiatement après l'accident.

Signature Parent/tuteur

Date_____

Directrice de la garderie

Date_____