



# DOSSIER ADMINISTRATIF

## ADMINISTRATIVE FILE

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_  
Name of the child

Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Date of birth

Date de début de garde : \_\_\_\_\_  
Childcare start date

Date de fin de garde : \_\_\_\_\_  
Childcare end date



**Bureau Coordonnateur de la garde en milieu familial La Maison Du Panda**

4999, Boulevard Saint-Charles, Sainte-Genève, QC H9H 3M8

Tél : 514-675-4541

Télécopieur : 514-645-4657

Courriel : cpepanda@videotron.ca

Faire dossier administratif pour chaque enfant (chemises séparées)

Make administrative file for each child (separate folders)

DOIT INCLURE/ MUST INCLUDE :

- ☐ Contrat/ Agreement
- ☐ Demande de contribution réduite/ Application to determine eligibility for the reduced contribution
- ☐ Fiche d'inscription/Registration form (3 pages)
- ☐ Formulaire d'acceptation/ Agreement form
- ☐ Autorisation de sortie/ Field trip permission
- ☐ Autorisation en cas d'urgence/ Emergency permission
- ☐ Autorisation de prise de photographies/ Autorisation to take picture

*Autres non-obligatoires, sauf en cas d'offre de ces services*

*Others but which are not mandatory except in case of service are offer*

Annexe A : Entente particulière concernant les sorties organisées dans le cadre des activités éducatives

Schedule A: Specific Agreement Concerning Educational Outings

Annexe B : Entente particulière concernant la fourniture d'articles personnels d'hygiène

Schedule B: Specific Agreement on the Provision of Personal Hygiene Items

Annexe C : Entente particulière concernant la fourniture d'un repas supplémentaire

SCHEDULE C: Specific Agreement on the Provision of an Additional Meal

Annexe D : Entente concernant des services de garde pour une période additionnelle

SCHEDULE D: Agreement Concerning the Provision of an Additional Period of Child care

## FICHE D'INSCRIPTION / REGISTRATION FORM

Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
Child's first name : \_\_\_\_\_ Name : \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ # Assurance maladie : \_\_\_\_\_  
Date of birth : \_\_\_\_\_ Medicare number: \_\_\_\_\_

Langue: \_\_\_\_\_ Journées de fréquentation: \_\_\_\_\_  
Language : \_\_\_\_\_ Days of attendance : \_\_\_\_\_

Soins particuliers: \_\_\_\_\_  
Particular needs: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Nom de la mère : \_\_\_\_\_  
Mother's name : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
Address : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone au travail : \_\_\_\_\_  
Home telephone : \_\_\_\_\_ Telephone at work : \_\_\_\_\_

Nom du père: \_\_\_\_\_  
Father's name : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
Address : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone au travail : \_\_\_\_\_  
Home telephone : \_\_\_\_\_ Telephone at work : \_\_\_\_\_

L'enfant débutera: \_\_\_\_\_  
The child will start: \_\_\_\_\_

Signature des parents: \_\_\_\_\_  
Parent's signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant / Persons authorized to pick up the child :

Nom / name : \_\_\_\_\_ Téléphone / telephone : \_\_\_\_\_

Nom / name : \_\_\_\_\_ Téléphone / telephone : \_\_\_\_\_

**Signature des parents:** \_\_\_\_\_  
**Parent's signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

BUREAU COORDONNATEUR LA MAISON DU PANDA  
4999 bd St-Charles, suite 201, Ste-Geneviève, Québec, H9H 3M8  
Tél : (514) 675-4541 - Fax : (514) 675-4657

---

## FICHE MÉDICALE / MEDICAL FORM

Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
Child's firstname : \_\_\_\_\_ Name : \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ # Assurance maladie : \_\_\_\_\_  
Date of birth : \_\_\_\_\_ Medicare number: \_\_\_\_\_

Antécédants médicaux: \_\_\_\_\_  
Previous medical history: \_\_\_\_\_

Difficultés particulières : \_\_\_\_\_  
Particular difficulties : \_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_  
Allergies : \_\_\_\_\_

Médication régulière : \_\_\_\_\_  
Regular basis medication : \_\_\_\_\_

Dates de vaccination : \_\_\_\_\_  
Dates of vaccination : D.T.C. / Polio: \_\_\_\_\_  
R.O.R.: \_\_\_\_\_  
Autres / others: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_  
Doctor's name, address and telephone number : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature des parents: \_\_\_\_\_  
Parent's signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

BUREAU COORDONNATEUR LA MAISON DU PANDA

## FICHE D'URGENCE / EMERGENCY FORM

Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
Child's first name : \_\_\_\_\_ Name : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Date of birth : \_\_\_\_\_

# Assurance Maladie : \_\_\_\_\_ Groupe sanguin : \_\_\_\_\_  
Medicare number : \_\_\_\_\_ Blood group : \_\_\_\_\_

Allergies médicamenteuses : \_\_\_\_\_  
Medicine allergies : \_\_\_\_\_

*En cas d'urgence, les dispositions nécessaires seront prises par la responsable de garde.  
In case of emergency, the necessary measures will be taken by the caregiver.*

Le médecin traitant devra être avisé / The child's doctor should be advised :

Oui / Yes ☐ Non / No ☐

Nom du médecin / Doctor's name : \_\_\_\_\_

Adresse / Address : \_\_\_\_\_

Téléphone / Telephone : \_\_\_\_\_

*Les personnes suivantes devront être contactées si les parents ne peuvent être rejoints :  
The following persons must be called if the parents cannot be reached :*

Nom / Name : \_\_\_\_\_ Tél. / Tel.: \_\_\_\_\_

Adresse/address : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_  
Comments : \_\_\_\_\_

**Signature des parents:**

Parent's signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1001-1005.

© 2006 The Authors  
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

**BUREAU COORDONNATEUR LA MAISON DU PANDA**  
4999 bd St-Charles, suite 201, Ste-Geneviève, Québec, H9H 3M8  
Tél : (514) 675-4541 - Fax : (514) 675-4657

---

### **AUTORISATION DE SORTIE**

J'autorise mon enfant : \_\_\_\_\_ à participer aux sorties  
organisées par les responsables de service de garde et par le Bureau Coordonnateur  
la Maison du Panda, conformément aux règlements en vigueur.

\_\_\_\_\_  
Signature des parents

\_\_\_\_\_  
Date

✂ - - - - - ✂ - - - - - ✂ - - - - - ✂ - - - - - ✂ - - - - - ✂

**BUREAU COORDONNATEUR LA MAISON DU PANDA**  
4999 bd St-Charles, suite 201, Ste-Geneviève, Québec, H9H 3M8  
Tél : (514) 675-4541 - Fax : (514) 675-4657

---

### **FIELD TRIP PERMISSION**

I agree that my child : \_\_\_\_\_ participates in the field trips  
organised by the caregivers and le Bureau Coordonnateur la Maison du Panda, in  
accordance with the regulation in use.

\_\_\_\_\_  
Parent's signature

\_\_\_\_\_  
Date

**BUREAU COORDONNATEUR LA MAISON DU PANDA**  
4999 bd St-Charles, suite 201, Ste-Geneviève, Québec, H9H 3M8  
Tél : (514) 675-4541 - Fax : (514) 675-4657

---

### **AUTORISATION EN CAS D'URGENCE**

J'autorise ma responsable de service de garde : \_\_\_\_\_

à prendre les dispositions nécessaires pour toute situation d'urgence mettant en péril la  
santé de mon(mes) enfant(s) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature des parents

\_\_\_\_\_  
Date

✂ - - - - - ✂ - - - - - ✂ - - - - - ✂ - - - - - ✂ - - - - - ✂

**BUREAU COORDONNATEUR LA MAISON DU PANDA**  
4999 bd St-Charles, suite 201, Ste-Geneviève, Québec, H9H 3M8  
Tél : (514) 675-4541 - Fax : (514) 675-4657

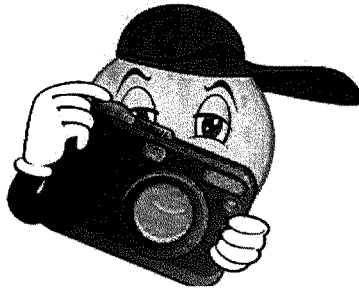
---

### **EMERGENCY PERMISSION**

I authorize my caregiver : \_\_\_\_\_ to take the necessary  
measures regarding my child(ren) : \_\_\_\_\_  
in any case of emergency affecting their health.

\_\_\_\_\_  
Parent's signature

\_\_\_\_\_  
Date



## AUTORISATION DE PRISE DE PHOTOGRAPHIES

Je, \_\_\_\_\_, parent ou \_\_\_\_\_  
nom du parent tuteur légal

de \_\_\_\_\_, autorise \_\_\_\_\_  
nom de l'enfant nom de la RSG

à prendre des photographies de mon enfant lors d'activités et d'afficher ces  
dernières dans son service de garde.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou du tuteur

\_\_\_\_\_  
Date



## AUTHORIZATION TO TAKE PICTURES

I, \_\_\_\_\_, parent or \_\_\_\_\_  
Name of parent legal guardian

of \_\_\_\_\_, authorize \_\_\_\_\_  
Name of child name of CAREGIVER

To take picture of my child during activities and post them in her home daycare service.

\_\_\_\_\_  
Signature of parent or legal guardian

\_\_\_\_\_  
Date