

## **FORMULAIRE D'AUTORISATION**

### **Responsable de garde suppléante**

---

---

J'autorise \_\_\_\_\_ à garder mon (mes) enfants :

\_\_\_\_\_

Pour la période du : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Si ces dates changent, je m'engage à communiquer rapidement avec la conseillère afin de l'aviser et que celle-ci en informe la remplaçante.

Nom de ma responsable de garde habituelle : \_\_\_\_\_

---

---

Horaire du service de garde requis : de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_. Code de service

---

---

J'autorise cette responsable de garde à donner les premiers soins ou à faire administrer des procédures médicales si nécessaire. Je l'autorise à participer avec mon (mes) enfant(s) aux sorties quotidiennes qu'elle aura planifiées.

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

Date : \_\_\_\_\_

---

---

**Veillez faire parvenir ce formulaire à La Maisonnée  
après la période de garde mentionnée ci-haut.**

**(verso )**



## RENSEIGNEMENTS – ENFANTS

NOM DE(S) ENFANT(S)	DATE DE NAISSANCE	NUMÉRO SANTÉ (optionnel)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Votre enfant a-t-il des allergies ?      Oui       Non

Si oui, veuillez préciser et indiquer vos recommandations : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOM DE LA MÈRE : \_\_\_\_\_

NOM DU PÈRE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone à la maison : \_\_\_\_\_

Travail de la mère : \_\_\_\_\_

Travail du père : \_\_\_\_\_

Personnes à contacter en cas d'urgence, et désignées pour venir chercher l'enfant.

<u>Nom</u>	<u>Téléphone</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Nom du médecin : \_\_\_\_\_      No. de téléphone : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_