

RAPPORT DE MALADIE

(à remplir si l'enfant tombe malade pendant les heures de garde)

DATE : _____

NOM DE L'ENFANT : _____

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

Jour Mois Année

NOM DE LA RESPONSABLE DE GARDE : _____

Description des symptômes : _____

Comportement de l'enfant : _____

Fièvre :

Heure	Degré	Heure	Degré
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Soins administrés : _____

J'ai communiqué avec le parent à : _____ (heure)

J'ai communiqué avec le médecin (s'il y a lieu) à _____ (heure)

Autres : _____

Le parent ou une personne autorisée est venu chercher l'enfant à _____ (heure)

Signature de la responsable de garde : _____

Signature du parent : _____

S.V.P. FAIRE PARVENIR CE FORMULAIRE À L'AGENCE À LA FIN DU MOIS