

**À remplir obligatoirement pour chaque enfant participant (avec ou sans déficience)  
et à nous retourner avec votre formulaire d'inscription.**

**IDENTIFICATION**

Prénom et nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F

Prénom et nom de la mère : \_\_\_\_\_

Prénom et nom du père : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS MÉDICALES**

Pathologie(s) : \_\_\_\_\_

Degré de vision : Voyant  Semi-voyant  Cécité

Autre(s) déficience(s) : \_\_\_\_\_

Indiquez tout problème de santé chronique (allergie, asthme, épilepsie, diabète, etc.) : \_\_\_\_\_

Quelles sont les indications quant à ce problème de santé? : \_\_\_\_\_

**MÉDICATION** *Indiquez les médicaments à administrer à votre enfant, incluant ceux pour lesquels une ordonnance n'est pas requise.*

Nom du médicament	Posologie	Heures	Façon de l'administrer

**ROUTINES**

**ALIMENTATION**

Allergies, intolérances alimentaires, diète spéciale : \_\_\_\_\_

Dose d'adrénaline (ÉpiPen ou Ana-Kit) : Oui  Non  Si oui, où se trouve-t-elle ? : \_\_\_\_\_

Aliments : Biberon  Purée  Coupés  Mange seul : Oui  Non

Breuvage : Gobelet  Verre  Autre  Précisez : \_\_\_\_\_

À quelle heure mange-t-il habituellement? Dîner : \_\_\_\_\_ Souper : \_\_\_\_\_

Collation en après-midi : Oui  Non  Heure : \_\_\_\_\_ En soirée : Oui  Non  Heure : \_\_\_\_\_

Est-ce qu'il y a des aliments ou textures qu'il aime ou n'aime pas? Lesquels ? : \_\_\_\_\_

**S'il boit au biberon : Quelle est sa routine?**

Heure : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_

De quelle façon boit-il son lait? : Réchauffé  Froid

Si réchauffé : Au four à micro-ondes  À l'eau chaude

**SIESTE/COUCHER**

Une sieste est-elle nécessaire? Est-ce que l'éducatrice doit coucher votre enfant avant votre retour? :

Oui  Non  Si oui, indiquer l'heure, la durée et à l'endroit (dans un parc, sur un matelas ou autre) :

Instructions et habitudes de votre enfant pour l'aider à s'endormir (aime être bercé, doudou, suce...):

**TOILETTE/PROPRETÉ**

Urine : Couche  Toilette

Selle : Couche  Toilette

Utilisez-vous un produit pour l'érythème fessier (oxyde de zinc ou autre) et est-ce que l'éducatrice doit l'appliquer : Oui  Non  Si oui, lequel et où se trouve-t-il ? : \_\_\_\_\_

**ACTIVITÉS APPRÉCIÉES**

Quelles sont les activités favorites de votre enfant? : \_\_\_\_\_

Pour le reconforter, qu'est-ce que votre enfant aime? : \_\_\_\_\_

Comment réagit habituellement votre enfant à votre départ? : \_\_\_\_\_

**COMMENTAIRES**

Commentaires/besoins spécifiques: \_\_\_\_\_

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

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

S.V.P. Veuillez nous mentionner tout changement de l'état de santé, le jour de l'événement. Merci !