**Plan de service de garde en cas d’urgence**

Dans le but de fournir l’information la plus exacte possible au fournisseur de service de garde, veuillez compléter un plan par enfant et le mettre à jour régulièrement ainsi que lorsqu’il y a des changements.

Nome de famille :

Date :

COORDONNÉES EN CAS D’URGENCE

Mère/TutricePère/Tuteur

Nom :       Nom :

Téléphone :       Téléphone :

Téléphone au travail :       Téléphone au travail :

Cellulaire :       Cellulaire :

Adresse :       Adresse :

Veuillez donner les coordonnées de 2 personnes contacts qui peuvent être appelées en cas d’urgence, dans le cas où vous-même ne pourriez pas être contacté. Assurez-vous de confirmer périodiquement vos contacts d’urgence afin de vous assurer qu’ils sont conscients de votre dépendance envers eux à ce sujet.

1. Nom :       Relation :

Téléphone :       Téléphone au travail :

1. Nom :       Relation :

Téléphone :       Téléphone au travail :

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom de l’enfant :

Sexe : M [ ]  F [ ]

Date de naissance (M/J/A) :

Adresse :

Téléphone :

L’unité du membre des Forces :

Téléphone au travail :

# carte d’assurance santé provinciale :       Date d’expiration :       Province :

Autre assurance médicale :

Langue(s) parlée(s) à la maison :

Veuillez énumérer les autres enfants de la famille et leurs âges (derniers noms seulement s’ils sont différents) :

1. Âge :
2. Âge :
3. Âge :
4. Âge :

SERVICE DE GARDE RÉGULIER

Plan B

Nom du fournisseur de service de garde :       Nom :

Adresse du service de garde :       Adresse :

Téléphone au service de garde :       Téléphone :

Horaire régulier passé au service de garde :

SERVICE DE GARDE PROLONGÉE RÉGULIER (fins de semaines, congés, soirs)

Plan B

Nom du fournisseur de service de garde :       Nom :

Adresse du service de garde :       Adresse :

Téléphone au service de garde :       Téléphone :

SERVICE DE GARDE D’URGENCE DE JOUR

Plan B

Nom du fournisseur de service de garde:       Nom :

Adresse du service de garde :       Adresse :

Téléphone au service de garde :       Téléphone :

SERVICE DE GARDE D’URGENCE EN DEHORS DES HEURES DE BUREAU

Plan B

Nom du fournisseur de service de garde :       Nom :

Adresse du service de garde :       Adresse :

Téléphone au service de garde :       Téléphone :

SERVICE DE GARDE PROLONGÉE ALTERNATIFS (déploiement, temps de transition, maladie)

Plan B

Nom du fournisseur de service de garde :       Nom :

Adresse du service de garde :       Adresse :

Téléphone au service de garde :       Téléphone :

INFORMATIONS SUR L’ÉCOLE

Si votre enfant fréquente l’école ou la garderie, veuillez fournir le nom, l’emplacement/l’adresse, le numéro de téléphone, la personne à contacter, l’information sur le trajet d’autobus normalement utilisé ou autres façons utilisées pour se rendent habituellement à l’école et tout autre détail important.

ACTIVITÉS PARASCOLAIRES

Si votre enfant participe à des activités parascolaires prévues régulièrement, veuillez énumérer le nom des activités, l’horaires de celles-ci, l’emplacement/l’adresse, le numéro de téléphone, la personne à contacter, la façon utilisée normalement pour s’y rendre ou en revenir et tout autre détail important

INFORMATIONS MÉDICALES

Médecin de famille :

Adresse :

Téléphone :

Dentiste de famille :

Adresse :

Téléphone :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| VOTRE ENFANT A OU A-T-IL EU : | NON | OUI | Si OUI, SVP veuillez préciser: |
| Des allergies alimentaires |  |  |  |
| Des allergies à des médicaments |  |  |  |
| Des allergies aux animaux |  |  |  |
| Une maladie grave cette année |  |  |  |
| Problèmes médicaux en cours |  |  |  |
| Limitations physiques / besoins particuliers |  |  |  |
| Des problèmes psychologiques |  |  |  |
| Prend-il (elle) des médicaments |  |  |  |
| Son immunisation est-elle à jour? |  |  |  |
| Autres (SVP précisez) |  |  |  |

HISTOIRE DE SANTÉ ET DE DÉVELOPPEMENT

Il est possible qu’on doive accéder à cette information pendant votre absence afin d’assurer un service de garde adéquat et de qualité pour votre enfant.

Veuillez décrire toutes difficultés ou maladies graves à la naissance.

Décrivez la santé générale de votre enfant (ex. : rhumes récurrents, infections d’oreille, maux de ventre, etc.).

Est-ce qu’il ou elle a présentement des problèmes médicaux graves?

Oui [ ]  Non [ ]

Si oui, veuillez préciser.

Si votre enfant prend des médicaments, de quels médicaments s’agit-il et à quoi servent-ils?

Veuillez fournir les détails et inclure le nom du médicament, s’il est sur ordonnance, avec le dosage et les temps d’administration. Veuillez noter qu’un fournisseur de service de garde peut seulement administrer un médicament s’il est dans le contenant original de prescription.

Est-ce que votre enfant est déjà allé chez le dentiste? Oui [ ]  Non [ ]

Est-ce que votre enfant a des problèmes dentaires? Oui [ ]  Non [ ]

Si oui, veuillez préciser.

Décrivez comment votre enfant communique (p.ex. gestes, mots, phrases complètes, etc.).

Comment décririez-vous la croissance et le développement de votre enfant sur le plan émotionnel, physique et social jusqu’à présent?

Décrivez l’alimentation de votre enfant, incluant le type de nourriture et liquides qu’il/elle consomme men ce moment.

Liquides/boissons :

Solides :

Si votre enfant a des allergies alimentaires, est-ce qu’elles sont assez sévères pour nécessiter des soins d’urgences ou des médicaments?

Oui [ ]  Non [ ]

Si oui, veuillez fournir des détails précis.

Est-ce que votre enfant a déjà mangé du beurre d’arachide/des produits contenant des noix?

Oui [ ]  Non [ ]

Restrictions alimentaires (incluant culturels/religieux) :

Décrivez toutes préoccupations que vous avez au sujet de l’alimentation de votre enfant et/ou de ses habitudes alimentaires.

Où en est-il rendu et comment progresse-t-il (elle) dans l’entraînement à la propreté?

COMPORTEMENT ET HABITUDES

Décrivez le comportement et les habitudes de votre enfant (ex. : tempérament/niveau d’énergie, etc.).

Décrivez les intérêts et activités préférées de votre enfant.

Décrivez une journée normale dans la vie de votre enfant, du lever le matin jusqu’au coucher le soir. Incluez les temps de siestes, de repas, de jeu, etc. Veuillez réfléchir aux petites choses qui feront en sorte que la journée de votre enfant soit un peu plus facile.

Matin :

Après-midi :

Soir :

Est-ce qu’il ou elle a une routine établie pour l’heure du coucher? Oui [ ]  Non [ ]

Si oui, veuillez préciser.

Décrivez toute habitude particulière (sucer leur pouce, bercement, etc.) ou attachement particulier (toutou préféré, doudou, etc.) de votre enfant.

Décrivez toute peur particulière que pourrait avoir votre enfant (bruits forts, animaux, étrangers, etc.).

Décrivez comment votre enfant réagit à des situations stressantes (pleurer, se retirer, cauchemars, etc.).

Comment votre enfant réagit il aux nouvelles situations?

Donnez-nous SVP votre opinion comment guider le comportement de votre enfant et imposer des limites.

Y-a-t-il autres choses que nous devrions savoir afin de mieux prendre soin de votre enfant?

Est-ce que vous permettez à votre enfant de regarder la télévision?

Oui [ ]  Non [ ]

Si oui, veuillez énumérer les émissions qui sont permises et toutes restrictions que vous pourriez avoir.

CONSENTEMENT AU TRAITEMENT MÉDICAL D’UN ENFANT

*Instructions aux Parents/Tuteurs :*

Les deux parents doivent signer ce formulaire. Si un parent n’est pas disponible ou ne peut pas signer, veuillez indiquer la raison sur la ligne de signature. S’il est signé par un tuteur autre qu’un des parents, une déclaration de la nature de la tutelle devra être fournie.

Je/nous       et

 (Mère/Tutrice) (Père/Tuteur)

autorise/autorisons les personnes énumérées dans mon/notre plan de garde d’enfants à agir en mon/notre nom pour consentir à un traitement médical ou à des procédures de diagnostic qui, à leur avis, serait dans l’intérêt de l’enfant. L’autorisation peut inclure l’administration d’anesthésiants qui peuvent être considérés comme nécessaires ou recommandés par le médecin, le chirurgien, le dentiste ou le personnel hospitalier traitant.

Signature de la mère/tutrice :

Signature du père/tuteur :

Crème solaire/chasse-moustique

J’autorise les personnes inscrites à mon plan de garde d’enfants à administrer de la crème solaire [ ]  et/ou du chasse-moustique [ ]  à l’enfant si nécessaire.

Signature du parent :

DÉCLARATION DE COMPRÉHENSION

Nous vous encourageons à partager vos plans avec les fournisseurs de services de garde identifiés ainsi que votre centre local des services aux familles des militaires, de sorte qu’ils soient prêts à aider le plus rapidement et adéquatement possible en cas d’urgence. Les renseignements personnels recueillis par les SFM doivent être conservés de manière confidentielle et sécuritaire conformément au *Code de protection des renseignements personnels de la Direction des services aux familles des militaires pour le programme des services aux familles des militaires* et à la *Loi sur la protection des renseignements personnels* (LPRP).

En signant ci-dessous, vous déclarez que les informations contenues dans ce formulaire sont exactes au meilleur de vos connaissances, que vous mettrez à jour les informations nécessaires pour que les celles-ci soient actuelles et que vous avez lu et compris les consentements ci-dessus.

Vous comprenez que toutes les parties énumérées dans ce formulaire auront accès aux informations personnelles qui ont été définies dans votre plan de garde et que celles-ci peuvent être partagées avec des tiers en cas d’urgence alors que votre enfant pourrait avoir besoin de soins de garde ou de soins médicaux.

Je,       ai lu et compris la déclaration de compréhension et tout ce qui s’applique à mon plan de services de garde.

Signature du Parent :

Date :