

FEUILLE D'URGENCE – LOCO PARENTIS



LE PETIT CHAPERON ROUGE GARDERIE FRANCOPHONE

NOM DE L'ENFANT:	
Date de naissance	

Parent 1 - Nom	
Adresse du domicile	Dom. ()
	Cell. ()
Adresse / Travail	()

Parent 2 - Nom	
Adresse du domicile	Dom. ()
	Cell. ()
Adresse / Travail	()

Médecin	
Adresse	Tel. ()
Carte de Santé	

ALLERGIES :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant en cas d'urgence

Contact d'urgence # 1	Nom:
Tel /Travail	() Cellulaire ()

Contact d'urgence # 2	Nom:
Tel /Travail	() Cellulaire ()

LOCO PARENTIS

En cas d'urgence, je donne ma permission à la garderie Le Petit Chaperon Rouge d'accompagner mon enfant en ambulance ou en taxi au centre hospitalier ou médical le plus proche et d'accepter tout traitement médical, anesthésie ou autres procédés médicaux considérés nécessaires par le médecin, pour le bien-être de mon enfant. je comprends que je serai contactée immédiatement après l'accident.

Parent / Tuteur
Parent/Guardian

Date

Signature de la Directrice de la Garderie
Daycare Supervisor Signature

Date