

Centre de ressources pour les familles des militaires de Petawawa
Plan de garde d'enfants en cas d'urgence

Nom de l'enfant : _____ Âge : _____
Nom de l'enfant : _____ Âge : _____
Nom de l'enfant : _____ Âge : _____

Parent(s) ayant la garde : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Date du plan : _____

Veillez remplir le formulaire de façon claire et précise. Si vous avez des questions ou des inquiétudes, contactez la coordonnatrice des services de garde d'urgence au 687-1641.

Veillez noter que, dans le cas où il serait impossible de donner suite à vos plans de garde d'enfants, le CRFMP offre un service de garde d'urgence qui est à votre disposition vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Vos plans de garde devraient être mis à jour régulièrement.

Service de garde quotidien habituel

Plan de rechange

Nom du gardien/de la gardienne : _____

Adresse : _____
Téléphone : _____

Nom : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____

Service de garde prolongée habituel
(fins de semaine, jours fériés, soirs)

Plan de rechange

Nom du gardien/de la gardienne : _____

Adresse : _____
Téléphone : _____

Nom : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____

2.

Service de garde d'urgence – jour
(aussi offert par le CRFMP)

Plan de rechange

Nom du gardien/de la gardienne : _____

Adresse : _____
Téléphone : _____

Nom : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____

Service de garde d'urgence après les heures de travail
(aussi offert par le CRFMP)

Plan de rechange

Nom du gardien/de la gardienne : _____

Adresse : _____
Téléphone : _____

Nom : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____

Service de garde prolongée de remplacement
(déploiement, périodes de transition, maladie)

Plan de rechange

Nom du gardien/de la gardienne : _____

Adresse : _____
Téléphone : _____

Nom : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____

Soyez prêt ... Préparez vos plans de garde d'enfants à l'avance !

3.

Personnes à contacter en cas d'urgence

Veillez fournir les coordonnées de gens à prévenir en cas d'urgence, pour le cas où votre gardienne aurait à rejoindre votre famille ou vos amis.

Personne n° 1

Nom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Téléphone (maison) : _____

Téléphone (bureau) : _____

Adresse (maison) : _____

Adresse (bureau) : _____

Personne n° 2

Nom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Téléphone (maison) : _____

Téléphone (bureau) : _____

Adresse (maison) : _____

Adresse (bureau) : _____

Personne n° 3

Nom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Téléphone (maison) : _____

Téléphone (bureau) : _____

Adresse (maison) : _____

Adresse (bureau) : _____

Signature du parent

Date

Antécédents médicaux de l'enfant

Nom de l'enfant : _____ Sexe : _____

Date de naissance : _____

Numéro de carte Santé : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

Médecin de famille : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

Veillez remplir avec précision les sections suivantes. Incluez tout renseignement important pour la santé de votre enfant.

État de santé de l'enfant

Allergies _____ Oui _____ Non

Précisez. (Indiquez, s'il y a lieu, la médication nécessaire, le dosage et les heures à laquelle elle doit être administrée. Notez qu'un gardien ne peut donner des médicaments que si ceux-ci se trouvent dans leur contenant d'origine.)

5.

Convulsions _____Oui _____Non

Précisez. (Indiquez, s'il y a lieu, la médication nécessaire, le dosage et les heures à laquelle elle doit être administrée. Notez qu'un gardien ne peut donner des médicaments que si ceux-ci se trouvent dans leur contenant d'origine.)

Diabète _____Oui _____Non

Précisez. (Indiquez, s'il y a lieu, la médication nécessaire, le dosage et les heures à laquelle elle doit être administrée. Notez qu'un gardien ne peut donner des médicaments que si ceux-ci se trouvent dans leur contenant d'origine.)

Autres

Veillez donner d'autres précisions concernant les antécédents médicaux de votre enfant. Gardez à l'esprit qu'on pourrait devoir consulter ces renseignements en votre absence. Plus ceux-ci sont nombreux, plus votre enfant et son gardien en bénéficieront.

Si, à quelque moment que ce soit, à la suite d'un accident, d'une maladie soudaine ou d'une urgence, des soins médicaux sont requis, ceux-ci, incluant les anesthésies, pourront être dispensés par un médecin en pratique privée ou un dans hôpital.

Signature du parent

Date

Renseignements supplémentaires

Cette section vise à fournir à votre gardien d'autres renseignements qui pourraient se révéler utiles en votre absence. En situation d'urgence, ces renseignements réduiront un peu votre stress et celui de vos enfants.

Décrivez les habitudes alimentaires de votre enfant (incluant ce qu'il aime et n'aime pas) :

Détaillez les habitudes de votre enfant à l'heure du coucher (heure, histoires, jouet réconfortant, etc.) :

Indiquez les peurs et les inquiétudes de votre enfant. Comment le rassurez-vous ?

Ajoutez tout autre renseignement qui sera utile à votre gardien en votre absence (autobus, école, langue, etc.) :

Signature du parent

Date