



Emergency Child Care Information Form / Formulaire de renseignements en cas d'urgence

Please complete one plan per child, keep a copy for yourself and give a copy to your caregiver
 Veuillez compléter un plan d'urgence par enfant, gardez une copie pour vous et donnez-en une à votre gardien

Child's Full Name
 Nom de l'enfant

Parent/Guardian Full Name (please list ALL legal guardians of the child)
 Nom du parent ou du gardien (s.v.p. veuillez indiquer TOUS les noms des gardiens légaux de l'enfant)

Address / Adresse

City, Province, Postal Code Ville, Prov, Code postal	Home Phone / Numéro de téléphone à domicile
---------------------------------------------------------	---------------------------------------------

Birth Date Date de naissance	Gender <input type="checkbox"/> Male / Garçon <input type="checkbox"/> Female / Fille
---------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

Prov Health Card #
 Numéro de carte d'assurance maladie

Language(s) Spoken at Home / Langue(s) parlée(s) à la maison	Animals in the Home / Animaux dans la maison
--------------------------------------------------------------	----------------------------------------------

If your child attends school or daycare please provide name, location/address, phone number, contact person and bus route information /
 Si votre enfant va à l'école ou à la garderie, veuillez indiquer le nom, l'endroit et l'adresse, numéro de téléphone, la personne contact et les renseignements sur le trajet de l'autobus

Does your child have? État de santé de votre enfant?	Yes Oui	No Non	Comments / Commentaires
Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ongoing medical problems Des problèmes médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Physical limitations/Special needs Des incapacités physiques/Besoins spéciaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psychological problems Problèmes psychologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Up to date Immunization Immunisation à jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Other (please state) Autres (s.v.p. indiquez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Family Physician Médecin de famille	Phone / Téléphone
----------------------------------------	-------------------

Address / Adresse	
-------------------	--

Emergency Contact / Personne en cas d'urgence		Please leave an emergency contact in the case you cannot be reached. S.v.p. veuillez donner les coordonnées d'une personne à rejoindre en cas d'urgence.	
Name / Nom			Relationship / Relation
Address / Adresse			
Tel (Home) / Tél (rés.)		Tel (Work) / Tél (travail)	
Information About Your Child / Renseignements à propos de votre enfant			
If your child is taking medication, what is it and what is it for? Si votre enfant prend des médicaments? Pour quelle raison?			
Describe how your child communicates Expliquez comment votre enfant communique			
Describe your child's diet (include types of food/fluids s/he is now taking) Décrivez le régime alimentaire de votre enfant. (le type de nourriture, ce qu'il boit etc.)			
Fluids/Beverages / Liquide/Breuvages :			
Solids / Nourriture solides :			
Additional comments about your child's diet and/or eating habits Renseignements supplémentaires sur les habitudes alimentaires de votre enfant			
How far has your child progressed in toilet training, if applicable? Votre enfant porte-t-il des couches? Veuillez expliquer où en est-il avec l'apprentissage de la propreté?			
Describe an ordinary day in your child's life, from getting up in the morning to going to bed at night, include times for naps, meals, play etc / Décrivez une journée dans la vie de votre enfant en commençant par le levé du matin jusqu'au coucher du soir (incluant les siestes, l'horaire des repas et les périodes de jeux etc.) Morning / Matin : Afternoon / Après-midi : Evening / Soir :			
How does your child react to new situations Comment réagit votre enfant face aux nouvelles situations			
Emergency Child Care Providers / Gardien(s) en cas d'urgence			
Please provide names and contact information for people who could be part of your backup plan to provide child care for your family in an emergency / Veuillez nous donner les noms et les coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence			
Caregiver 1 / Gardien 1		Caregiver 2 / Gardien 2	
Surname and Given Name / Nom de famille et prénom	Relationship to Military Family / Relation avec la famille militaire	Surname and Given Name / Nom de famille et prénom	Relationship to Military Family / Relation avec la famille militaire
Address / Adresse		Address / Adresse	
Telephone Number / Téléphone		Telephone Number / Téléphone	
Parent's Signature / Signature du parent		Date	