
**DOCUMENTS ASSISTANT(E) ET/OU REMPLAÇANT(E)
OCCASIONNEL(LE)
Articles 54, 54¹, 82, 83, RSGEE**

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Date de naissance : ____ (jj)/ ____ (mm)/ ____ (aa)

Âge : _____

Poste : Assistant(e) _____ Remplaçant(e) occasionnel(le) _____

Veillez joindre

- 1) **Le certificat médical de votre médecin traitant.**
- 2) **La vérification des empêchements et copie du consentement.**
- 3) **Votre certificat de naissance ou tout autre document établissant de votre identité et de votre date de naissance.**
- 4) **Votre cours de secourisme adapté à la petite enfance incluant un volet sur la gestion des réactions allergiques.**
- 5) **Votre formation de 12 heures sur le développement de l'enfant à moins que vous ne soyez titulaire de la qualification prévue à l'article 22 du Règlement sur les services de garde éducatifs à l'enfance.**

Date d'embauche _____

Date de cessation d'emploi _____

Signature de l'assistant(e) et/ou
remplaçant(e) occasionnel(le)

Date

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS
SUR LA PERSONNE ADULTE QUI ASSISTE OU REMPLACE
UNE RESPONSABLE DE SERVICE DE GARDE EN MILIEU FAMILIAL**

1. Quelles sont vos expériences de travail, rémunérées ou non (en commençant par la plus récente)?

A. Emploi ou fonction : _____
Employeur : _____
Durée : _____

Principales tâches accomplies :

B. Emploi ou fonction : _____
Employeur : _____
Durée : _____

Principales tâches accomplies :

C. Emploi ou fonction : _____
Employeur : _____
Durée : _____

Principales tâches accomplies :

2. Quelle est votre formation scolaire?

Primaire : _____

Secondaire : _____

Collégial : _____

Universitaire : _____

Diplôme(s) obtenu(s) : _____

Possédez-vous la formation de 12 heures portant sur le développement de l'enfant?

Oui : _____ Non : _____

Si oui, formation acquise le _____

Possédez-vous la qualification prévue à l'article 22 du RSGEE?

Oui : _____ Non : _____

Si oui, fournir l'attestation nécessaire.

3. Indiquer les noms, adresses et numéros de téléphone de deux personnes qui ne vous sont pas apparentées et qui vous connaissent depuis au moins deux ans et qui peuvent attester de votre aptitude à assister ou remplacer une personne responsable d'un service de garde en milieu familial :

Nom	Adresse	Téléphone
_____	_____	(Rés) _____
	_____	(Trav) _____
		(Cell) _____
_____	_____	(Rés) _____
	_____	(Trav) _____
		(Cell) _____

JE DÉCLARE que je ne suis pas représentée par mandataire en raison d'inaptitude ni ne suis sous un régime de protection pour majeur (curatelle – tutelle).

JE DÉCLARE n'avoir jamais été déclarée coupable d'une infraction ou d'un acte criminel reliés au développement moral, à la santé, à la sécurité et au bien-être d'un enfant ou à toute atteinte contre la personne ou que j'en ai obtenu le pardon ou la réhabilitation.

J'ATTESTE que les renseignements transmis sont exacts.

Signature

Date

Le _____

Objet : certificat médical

Madame, Monsieur,

_____ a postulé pour un emploi à titre d'assistant(e) et/ou remplaçant(e) occasionnel(le) auprès d'une personne responsable d'un service de garde en milieu familial. Un tel poste suppose que cette personne sera en contact régulier avec de jeunes enfants de 0 à 5 ans.

Selon le *Règlement sur les services de garde éducatifs à l'enfance*, elle doit fournir un certificat médical attestant qu'elle possède une bonne santé physique et mentale lui permettant d'agir à titre d'assistant(e) et/ou remplaçant(e) occasionnel(le) auprès d'une personne responsable d'un service de garde en milieu familial.

Nous vous remercions de votre collaboration et vous prions de recevoir nos salutations les plus distinguées.

Certificat médical

Date : _____

J'atteste par la présente que madame ou monsieur _____
a une bonne santé physique et mentale lui permettant d'agir à titre d'assistant(e) et/ou
remplaçant(e) occasionnel(le) auprès d'une personne responsable d'un service de
garde en milieu familial.

Nom du médecin : _____

Numéro d'identification : _____

Signature : _____