

---

**DOCUMENTS ASSISTANT(E) ET/OU REMPLAÇANT(E)  
OCCASIONNEL(LE)  
Articles 54, 54<sup>1</sup>, 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 : \_\_\_\_\_