CONSIGNES BABYSITTING

Parents (téléphones) : _____ Adresse du domicile (étage, code) : _____

Heure de retour prévue : _____ Urgences / médecin / pharmacie : _____

Voisin ou proche de confiance : _____

Enfant	Âge	Allergies / traitement	Particularités (doudou, peurs, habitudes)

Moment	Heure	Ce qu'il faut faire / ce qui est autorisé
Goûter / repas		
Devoirs / jeux		
Bain		
Coucher		
Écrans		
Autre		

Consignes du jour et règles de la maison