

FICHE D'INSCRIPTION

ENFANT

Prénom: _____ Nom de famille: _____

Date de naissance: _____

Adresse : _____

Langue comprise et parlé: Français Anglais Autre: _____

Numéro de la carte d'assurance maladie: _____ Date d'expiration: _____

PARENTS

Prénom: _____ Nom de famille: _____

Mère Père Autre: _____

Numéro de téléphone: _____ Domicile: _____

Travail: _____ Cellulaire: _____

Adresse courriel: _____

Adresse: _____

Numéro d'assurance sociale (NAS): _____

Prénom: _____ Nom de famille: _____

Mère Père Autre: _____

Numéro de téléphone: _____ Domicile: _____

Travail: _____ Cellulaire: _____

Adresse courriel: _____

Adresse: _____

Numéro d'assurance sociale (NAS): _____

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT (incluant les parents)

Noms	Liens	Adresse et numéro de téléphone

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Noms	Liens	Adresse et numéro de téléphone

TEMPS DE FRÉQUENTATION

Date d'admission: _____

Journée Demi-journée Variable Occasionnel

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
AM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/>
PM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>

SANTÉ ET NUTRITION

Est-ce que votre enfant a besoin d'une attention particulière au niveau de l'alimentation ? Non Oui

Si oui, spécifiez SVP: _____

Est-ce que votre enfant souffre d'allergies alimentaires ou à des médicaments ? Non Oui

Si oui, spécifiez SVP: _____

Est-ce que votre enfant a besoin d'une attention particulière au niveau de sa santé physique et/ou mentale ?

Non Oui Si oui, spécifiez SVP: _____

Est-ce que le carnet d'immunisation de votre enfant est à jour ? Non Oui

Nom du médecin de famille de l'enfant: _____

Adresse: _____

Numéro de téléphone: _____

Signature du parent

Date