



# PROGRAMME DE HALTE-GARDERIE LE CARROUSEL



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION 2017-2018

### IDENTIFICATION DE L'ENFANT (écrire en lettres moulées)

NOM DE L'ENFANT	PRÉNOM DE L'ENFANT	DATE DE NAISSANCE			GENRE (cochez)	
		JOUR	MOIS	ANNÉE	FILLE	GARÇON
ADRESSE COMPLÈTE OÙ L'ENFANT RÉSIDE (écrire en lettres moulées).						
AUTRE ADRESSE COMPLÈTE OÙ L'ENFANT RÉSIDE (écrire en lettres moulées).						

### IDENTIFICATION MÈRE (écrire en lettres moulées)

NOM	PRÉNOM
RÉSIDE AVEC L'ENFANT ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
PRIORITÉ DE CONTACT (cocher): 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
ADRESSE	CODE POSTAL
TÉLÉPHONE RÉSIDENCE	
TÉLÉPHONE CELLULAIRE	
TÉLÉPHONE TRAVAIL	
ADRESSE COMPLÈTE AU TRAVAIL OU N/A <input type="checkbox"/>	
COURRIEL	
AVEZ-VOUS LA GARDE LÉGALE DE L'ENFANT ? * OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
<i>(* Si un des parents n'a pas accès aux enfants, le parent qui en a la garde doit fournir les papiers légaux le confirmant)</i>	

### IDENTIFICATION PÈRE (écrire en lettres moulées)

NOM	PRÉNOM
RÉSIDE AVEC L'ENFANT ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
PRIORITÉ DE CONTACT (cocher): 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
ADRESSE	CODE POSTAL
TÉLÉPHONE RÉSIDENCE	
TÉLÉPHONE CELLULAIRE	
TÉLÉPHONE TRAVAIL	
ADRESSE COMPLÈTE AU TRAVAIL OU N/A <input type="checkbox"/>	
COURRIEL	
AVEZ-VOUS LA GARDE LÉGALE DE L'ENFANT ? * OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
<i>(* Si un des parents n'a pas accès aux enfants, le parent qui en a la garde doit fournir les papiers légaux le confirmant)</i>	

NOM DU MÉDECIN TRAITANT

ADRESSE COMPLÈTE DU MÉDECIN

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN

COCHEZ SI VOUS N'AVEZ PAS DE MÉDECIN \*

\*PRIÈRE DE NOUS AVISER DÈS QUE VOTRE ENFANT À UN MÉDECIN



# PROGRAMME DE HALTE-GARDERIE LE CARROUSEL



PERSONNES, AUTRES QUE LA MÈRE OU LE PÈRE, DÉSIGNÉES POUR VENIR CHERCHER L'ENFANT		
NOM DE LA PERSONNE DÉSIGNÉE	NUMÉROS DE TÉLÉPHONE Maison :  Cellulaire :	LIEN AVEC L'ENFANT
NOM DE LA PERSONNE DÉSIGNÉE	NUMÉROS DE TÉLÉPHONE Maison :  Cellulaire :	LIEN AVEC L'ENFANT
NOM DE LA PERSONNE DÉSIGNÉE	NUMÉROS DE TÉLÉPHONE Maison :  Cellulaire :	LIEN AVEC L'ENFANT

PERSONNES, AUTRES QUE LA MÈRE OU LE PÈRE, À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE		
NOM DE LA PERSONNE À REJOINDRE  ADRESSE RÉSIDENCE :  PRIORITÉ DE CONTACT : 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	NUMÉROS DE TÉLÉPHONE Maison :  Cellulaire :	LIEN AVEC L'ENFANT
NOM DE LA PERSONNE À REJOINDRE  ADRESSE RÉSIDENCE :  PRIORITÉ DE CONTACT : 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	NUMÉROS DE TÉLÉPHONE Maison :  Cellulaire :	LIEN AVEC L'ENFANT
NOM DE LA PERSONNE À REJOINDRE  ADRESSE RÉSIDENCE :  PRIORITÉ DE CONTACT : 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	NUMÉROS DE TÉLÉPHONE Maison :  Cellulaire :	LIEN AVEC L'ENFANT

## SIGNATURE DES PARENTS :

MÈRE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

PÈRE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

RÉSERVÉ À LA GESTION DU PROGRAMME		
DATE D'INSCRIPTION	DATE DE DÉPART	DATE FERMETURE DE DOSSIER

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION			
FACTURATION	1 <sup>ER</sup> ENFANT	2 <sup>ÈME</sup> ENFANT	3 <sup>ÈME</sup> ENFANT
AM	28 \$	28 \$	28 \$
GRAND TOTAL DE LA FACTURE			
PAIEMENT PAR :	CHÈQUE <input type="checkbox"/>	COMPTANT <input type="checkbox"/>	PRÉLÈVEMENT PRÉAUTORISÉ <input type="checkbox"/>
			REÇU PAR :