



PROGRAMME 2020-2021

LE PETIT CHAPERON ROUGE

Formulaire d'inscription

ENFANT

NOM DE FAMILLE: _____ PRÉNOM: _____

SEXE : M F DATE DE NAISSANCE : ___J___/___M___/___A___ ÂGE : _____ANS

ADRESSE : _____

VILLE : _____ PROVINCE : _____ CODE POSTAL : _____

PARENT 1

NOM DE FAMILLE: _____ PRÉNOM: _____

LIEN DE PARENTÉ : PÈRE MÈRE TUTEUR LÉGAL AUTRES _____

ADRESSE: _____

*MÊME ADRESSE QUE L'ENFANT

TÉL. MAISON: () _____ CELL: () _____ TRAVAIL: () _____

COURRIEL : _____

PARENT 2

NOM DE FAMILLE: _____ PRÉNOM: _____

LIEN DE PARENTÉ : PÈRE MÈRE TUTEUR LÉGAL AUTRES _____

ADRESSE: _____

*MÊME ADRESSE QUE L'ENFANT

TÉL. MAISON: () _____ CELL: () _____ TRAVAIL: () _____

COURRIEL : _____

NOMS DES FRÈRES ET/OU SOEURS :

_____ FRÉQUENTE LA GARDERIE OUI NON
_____ FRÉQUENTE LA GARDERIE OUI NON



PROGRAMME 2020-2021

LE PETIT CHAPERON ROUGE

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

CONTACT D'URGENCE 1

NOM DE FAMILLE : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

_____ CODE POSTALE _____

RELATION AVEC L'ENFANT : _____

TÉL. MAISON: () _____ CELL: () _____ TRAVAIL: () _____

COURRIEL : _____

CONTACT D'URGENCE 2

NOM DE FAMILLE : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

_____ CODE POSTALE _____

RELATION AVEC L'ENFANT : _____

TÉL. MAISON: () _____ CELL: () _____ TRAVAIL: () _____

COURRIEL : _____

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

PERSONNE 1

NOM DE FAMILLE : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

_____ CODE POSTALE _____

RELATION AVEC L'ENFANT : _____

TÉL. MAISON: () _____ CELL: () _____ TRAVAIL: () _____

COURRIEL : _____

PERSONNE 2

NOM DE FAMILLE : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

_____ CODE POSTALE _____

RELATION AVEC L'ENFANT : _____

TÉL. MAISON: () _____ CELL: () _____ TRAVAIL: () _____

COURRIEL : _____

***EN AUCUNE CIRCONSTANCE, UN ENFANT NE SERA LAISSÉ À UNE PERSONNE NON AUTORISÉE PAR LES PARENTS.**



PROGRAMME 2020-2021

LE PETIT CHAPERON ROUGE

ALLERGIES : *VEUILLEZ MENTIONNER TOUTES LES ALLERGIES DE L'ENFANT AINSI QUE LEURS SÉVÉRITÉS. **REEMPLIR LA FICHE DE L'ÉPIPEN.	ÉPIPEN OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
DIÈTE :	
INFORMATIONS LIÉES AU COMPORTEMENT :	
NUMÉRO CARTE DE SANTÉ :	

NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE/DOCTEUR : _____

ADRESSE : _____

_____ **TÉL :** _____ **FAX :** _____

MALADIES - VOTRE ENFANT A-T-IL EU UNE OU PLUSIEURS DE CES MALADIES

CONTAGIEUSES? AUCUNE

ROUGEOLE OREILLONS RUBÉOLE COQUELUCHE HÉPATITE
VARICELLE FIÈVRE SCARLATINE ROSÉOLE

AUTORISATION MÉDICALE - LOCO PARENTIS

En cas d'urgence, je donne ma permission à la garderie Le Petit Chaperon Rouge d'accompagner mon enfant en ambulance ou en taxi au centre hospitalier ou médical le plus proche et d'accepter tout traitement médical, anesthésie ou autres procédés médicaux considérés nécessaires par le médecin, pour le bien-être de mon enfant. Je comprends que je serai contacté immédiatement après l'accident.

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR : _____ DATE : / /

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR : _____ DATE : / /



PROGRAMME 2020-2021

LE PETIT CHAPERON ROUGE



JONES

343, avenue Jones, Toronto
416-465-2227
khadija@lpcr.ca



QUEENSDALE

80, avenue Queensdale, Toronto
416-463-3975
souhila@lpcr.ca



COXWELL

419, avenue Coxwell, Toronto
416-463-3955
elena@lpcr.ca



GAINSBOROUGH

250, chemin Gainsborough, Toronto
416-465-2582
hayat@lpcr.ca



RICHVIEW

59, chemin Clement, Etobicoke
416-240-9559
amina@lpcr.ca



ETOBICOKE

343, chemin Royal York, Etobicoke
416-236-4557
manon@lpcr.ca

GARDERIE : _____ DATE D'ENTRÉE DEMANDÉE PAR PARENTS : __J__ / __M__ / __A__

RÉSERVER À L'ADMINISTRATION

Date d'inscription : __J__ / __M__ / __A__

Location : _____

Accepté par : _____

Subventionné PER DIEM : _____

Dépôt : _____ \$

Frais administratifs : 40\$

Cotisation de l'année : 15\$ par famille

Date de retrait : __J__ / __M__ / __A__

Date d'entrée : __J__ / __M__ / __A__

Programme : _____

Dossier : # _____

Dépôt payé le : __J__ / __M__ / __A__

Frais administratif payé le : __J__ / __M__ / __A__

Cotisation payé le : __J__ / __M__ / __A__

Raison : _____