



<b>LE PETIT CHAPERON ROUGE</b> 419, avenue Coxwell, Toronto 416-463-3955 <a href="mailto:elena@lpcr.ca">elena@lpcr.ca</a>	<b>LE PETIT CHAPERON ROUGE</b> 250, chemin Gainsborough, Toronto, 416-465-2582 <a href="mailto:hayat@lpcr.ca">hayat@lpcr.ca</a>	<b>LE PETIT CHAPERON ROUGE</b> 80, avenue Queensdale, Toronto, 416-463-3975 <a href="mailto:souhila@lpcr.ca">souhila@lpcr.ca</a>	<b>LE PETIT CHAPERON ROUGE</b> 755, chemin Royal York, Etob. 416-236-4557 <a href="mailto:eloise@lpcr.ca">eloise@lpcr.ca</a>
	<b>LE PETIT CHAPERON ROUGE</b> 59, chemin Clement, Etobicoke 416-240-9559 <a href="mailto:amina@lpcr.ca">amina@lpcr.ca</a>	<b>LE PETIT CHAPERON ROUGE</b> 343, avenue Jones Toronto 416 465 2227 <a href="mailto:khadija@lpcr.ca">khadija@lpcr.ca</a>	

## FORMULAIRE D'APPLICATION

<b>ENFANT</b>			<b>PRÉNOM:</b>	
<b>NOM DE FAMILLE:</b>				
APPT:	RUE:		VILLE:	CODE POSTAL:
<b>DATE DE NAISSANCE</b>	<b>JOUR</b>	<b>MOIS</b>	<b>ANNÉE</b>	<b>ÂGE</b>
<b>PARENT 1</b>			<b>PRÉNOM:</b>	
<b>NOM DE FAMILLE:</b>				
APPT:	RUE:		VILLE:	CODE POSTAL:
<b>COURRIEL</b>			NOM DE L'EMPLOYEUR :	
Tél. Domicile				
Tél. Travail			ADRESSE	
Tél. Cellulaire				
<b>PARENT 2</b>			<b>PRÉNOM:</b>	
<b>NOM DE FAMILLE:</b>				
APPT:	RUE:		VILLE:	CODE POSTAL:
<b>COURRIEL</b>			NOM DE L'EMPLOYEUR :	
Tél. Domicile				
Tél. Travail			ADRESSE:	
Tél. Cellulaire				

<b>NOMS DES FRÈRES/SŒURS &amp; NIVEAU SCOLAIRE</b>		Année		Année
--	--	-------	--	-------

### PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM :	Relation	Tel. Domicile	Tel. Travail	Cellulaire
ADRESSE :				
NOM :	Relation	Tel. Domicile	Tel. Travail	Cellulaire
ADRESSE :				

### PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM :	Relation	Tel. Domicile	Tel. Travail	Cellulaire
ADRESSE :				
NOM :	Relation	Tel. Domicile	Tel. Travail	Cellulaire
ADRESSE :				

<b>ALLERGIES:</b>	<b>SÉVERITÉ DE LA RÉACTION :</b>

DIÈTE:
INFORMATIONS LIÉES AU COMPORTEMENT:
NUMÉRO DE CARTE DE SANTÉ:

NOM DU DOCTEUR OU PÉDIATRE :	TÉL :
ADRESSE :	FAX :

MALADIES CONTAGIEUSES OU SÉRIEUSES:	
VOTRE ENFANT A-T-IL EU UNE OU PLUSIEURS DE CES MALADIES CONTAGIEUSES:	AUCUNES
ROUGEOLE    OREILLONS    RUBÉOLE    COQUELUCHE    HÉPATITE    VARICELLE    FIÈVRE SCARLATINE    ROSÉOLE	

CENTRE :	COXWELL	ETOBICOKE	GAINSBOROUGH	QUEENSDALE
	JONES	<b>RICHVIEW</b>		

<b>PROGRAMME :</b>	<b>DATE D'ENTRÉE DEMANDÉE PAR PARENTS :</b>
--------------------	---

**SOUS AUCUNES CIRCONSTANCES, UN ENFANT NE SERA LAISSÉ À UNE PERSONNE NON AUTORISÉE PAR LES PARENTS**

<b>AUTORISATION MÉDICALE – LOCO PARENTIS</b>	
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.	
<b>SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR:</b>	<b>DATE:</b>
SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR:	DATE:

**À L'USAGE DE L'ADMINISTRATION SEULEMENT**

DATE D'INSCRIPTION:	<b>DATE D'ENTRÉE EN GARDERIE:</b>	Jour	Mois	Année
LOCATION:	PROGRAMME:			
ACCEPTÉ PAR:				
SUBVENTIONNÉ <input type="checkbox"/> PER DIEM:	DOSSIER :	#		
DÉPÔT:                    \$	DÉPÔT PAYÉ LE:			
FRAIS ADMINISTRATIFS:    \$ 40	FRAIS ADMINISTRATIFS PAYÉS LE:			
COTISATION - ANNÉE    \$ 15	COTISATION PAYÉE LE:			
DATE DE RETRAIT:	RAISON:			

[www.lpcr.ca](http://www.lpcr.ca)