



# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

## LE PETIT CHAPERON ROUGE

### 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



# 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.**



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

**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     VARICELLE     RUBÉOLE     FIÈVRE  
 SCARLATINE     COQUELUCHE     HÉPATITE     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 :    J /    M /    A

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR : \_\_\_\_\_ DATE :    J /    M /    A



### Coxwell

419 Coxwell Ave, Toronto  
416-463-3955 ext. 23  
[coxwell@lpcr.ca](mailto:coxwell@lpcr.ca)

### Gainsborough

250 Gainsborough Rd, Toronto  
416-465-2582  
[gainsborough@lpcr.ca](mailto:gainsborough@lpcr.ca)

### Queensdale

80 Queensdale Ave, Toronto  
416-463-3975  
[queensdale@lpcr.ca](mailto:queensdale@lpcr.ca)

### Jones

343 Jones Ave, Toronto  
416-889-0489  
[jones@lpcr.ca](mailto:jones@lpcr.ca)

### Etobicoke

755 Royal York Rd, Toronto  
416-236-4557  
[etobicoke@lpcr.ca](mailto:etobicoke@lpcr.ca)

### Richview

59 Clement Rd, Toronto  
416-240-9559  
[richview@lpcr.ca](mailto:richview@lpcr.ca)

### Scarborough

29 Meadowvale Rd, Toronto  
416-282-4550  
[scarborough@lpcr.ca](mailto:scarborough@lpcr.ca)

GARDERIE : \_\_\_\_\_ DATE D'ENTRÉE DEMANDÉE PAR PARENTS : \_\_J\_\_/\_M\_\_/\_A\_\_

Nous bénéficions d'une subvention de la Ville pour les tarifs à payer

\*Joindre la copie du document d'approbation au formulaire d'inscription.

#### 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\$/famille

Date de retrait: \_\_J\_\_/\_M\_\_/\_A\_\_

Date d'entrée: \_\_J\_\_/\_M\_\_/\_A\_\_

Programme: \_\_\_\_\_

Dossier: #

Dépôt payé le: \_\_J\_\_/\_M\_\_/\_A\_\_

Frais administratifs payé le: \_\_J\_\_/\_M\_\_/\_A\_\_

Cotisation payé le: \_\_J\_\_/\_M\_\_/\_A\_\_

Raison: