



Formulaire d'inscription

Enfant

Nom complet: _____

Sexe: F M Date de naissance: ___J___ / ___M___ / ___A___ Âge: _____ ans

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____

Parent 1

Nom complet: _____

Lien de parenté: père mère Tuteur légal Autres _____

Adresse: _____

*Même adresse que l'enfant

Numéro de téléphone:

(____) - _____ (____) - _____ (____) - _____
Maison Cellulaire Travail

Courriel: _____

Parent 2

Nom complet: _____

Lien de parenté: père mère Tuteur légal Autres _____

Adresse: _____

*Même adresse que l'enfant

Numéro de téléphone:

(____) - _____ (____) - _____ (____) - _____
Maison Cellulaire Travail

Courriel: _____

Frères & soeurs

Noms des frères et/ou soeurs:

_____ Fréquente la garderie Oui Non

_____ Fréquente la garderie Oui Non



Formulaire d'inscription

Contact d'urgence 1

Nom complet: _____

Relation avec l'enfant: _____

Adresse: _____

Numéro de téléphone:

()- _____ ()- _____ ()- _____
Maison Cellulaire Travail

Contact d'urgence 2

Nom complet: _____

Relation avec l'enfant: _____

Adresse: _____

Numéro de téléphone:

()- _____ ()- _____ ()- _____
Maison Cellulaire Travail

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Personne 1

Nom complet: _____

Relation avec l'enfant: _____

Adresse: _____

Numéro de téléphone:

()- _____ ()- _____ ()- _____
Maison Cellulaire Travail

Courriel: _____

Personne 2

Nom complet: _____

Relation avec l'enfant: _____

Adresse: _____

Numéro de téléphone:

()- _____ ()- _____ ()- _____
Maison Cellulaire Travail

Courriel: _____

***En aucune circonstance, un enfant ne sera laissé à une personne non autorisée par les parents.*



Formulaire d'inscription

Allergies <i>*Veuillez mentionner TOUTES les allergies de l'enfant ainsi que leurs sévérité</i> <i>**Remplir la fiche de l'épipen</i>	Épipen <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Situation médicale importante à déclarer <i>*Veuillez mentionner TOUTES les situations médicales</i>	
Diète	
Informations liées au comportement	
Numéro de la carte santé	

Médecin

Nom du médecin de famille/docteur: _____

Adresse: _____

Numéro de téléphone:

(____) - _____ (____) - _____
Travail Fax

Maladies

Votre enfant a-t-il eu une ou plusieurs de ces maladies contagieuses?

- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Rubéole |
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Hépatite |
| <input type="checkbox"/> 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 1 : _____ Date: __J__ / __M__ / __A__

Signature du parent/tuteur 1 : _____ Date: __J__ / __M__ / __A__



Formulaire d'inscription

Sélectionnez la garderie désirer.

Date d'entrée demandée par le parents: / /



Coxwell

419 Coxwell Ave
416-463-3955 ext.23
coxwell@lpcr.ca



Etobicoke

755 Royal York Rd
416-236-4557
etobicoke@lpcr.ca



Gainsborough

250 Gainsborough Rd
416-465-2582
gainsborough@lpcr.ca



Jones

343 Jones Ave
416-889-0489
jones@lpcr.ca



Queensdale

80 Queensdale Ave
416-463-3975
queensdale@lpcr.ca



Richview

59 Clement Rd
416-240-9559
richview@lpcr.ca



Scarborough

29 Meadowvale Rd
416-282-4550
scarborough@lpcr.ca

Réserver à l'administration

Date d'inscription: / /

Date d'entrée: / /

Centre: _____

Groupe: _____

Accepté par: _____

Subventionné

PER DIEM:

Dossier: #

Dépôt: _____ \$

Dépôt payé le: / /

Frais administratifs: 40\$

Frais administratifs payé le: / /

Cotisation de l'année: 15\$/famille

Cotisation payé le: / /

Date de retrait: / /

Raison: