



# Formulaire d'inscription

Enfant

Nom complet: \_\_\_\_\_

Sexe:  F  M      Date de naissance:    /    /         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

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

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](mailto:coxwell@lpcr.ca)



*Etobicoke*

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



*Gainsborough*

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



*Jones*

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



*Queensdale*

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



*Richview*

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



*Scarborough*

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