



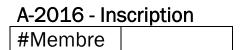
#### La Maisonnette des Parents

6651, boul. St-Laurent, Montréal, Québec, H2S 3C5 Tél.: (514) 272-7507 Téléc.: (514) 272-2367

#### Formulaire d'inscription - Activités de loisirs

## Membre de la Maisonnette (Adulte/parent/tuteur)

Nom de famille :		Prénom :		
Date de naissance :/	·/	(jj/mm/aaaa)	Sexe : □F □M	
Adresse :		A	op :	
Ville :	Code postal :	Quartier :		
Tél. ()	Cellula	aire ()		
Adresse courriel :				
Langues parlées à la maison :				
Aimeriez-vous être bénévole à la	a Maisonnette des pa	arents? 🗌 Oui 🔲 Non Domai	ne :	
Comment avez-vous entendu parler de la Maisonnette des parents ?				
☐ Arrondissement ☐ Internet	□ Dépliant/Affiche	□ Autre		
Conjoint ou second pare	ent/tuteur désirar	nt s'inscrire à une activité		
Nom de famille :		Prénom :		
Date de naissance :/	·/	(jj/mm/aaaa)	Sexe : □F □M	
Tél. ( )	Cellula	aire ()		
Adresse courriel :				
Aimeriez-vous être bénévole à la	a Maisonnette des pa	arents? 🗌 Oui 🔲 Non Domai	ne :	
Les activités sont offertes uniquement al participants est insuffisant. La programm l'école NDD, elles sont suspendues lors des locaux le permet. Pour le bon foncti pendant les cours.	ation est sujette à changer des journées pédagogiques	ment si les circonstances l'exigent. Pour s ou de grève et sont reprises si la disp	les activités ayant lieu à onibilité du personnel et	
Modalités de paiement : La carte de men août. Des frais de 5\$ seront exigés pou participent à nos activités de jour (lundi a	ur tout chèque sans provis	sion. La halte-garderie est offerte gratui		
Politique d'annulation et de remboursem de remboursement doit être effectuée remboursement complet de l'activité, apr présente pas à l'activité.	par écrit, la carte de me	mbre n'est pas remboursable, avant l	e début du 1er cours :	
Autorisations: J'autorise la Maisonnette enfants pour usage promotionnel. Ces ext parents ou de l'Arrondissement Rosemor comportement sera jugé inapproprié à sa participation des cours restants, sans ren	traits sonores et ces images nt- La Petite-Patrie. Il est im a participation aux activités	s pourraient être utilisés pour la promotion roproportant de noter que tout participant, d	on de la Maisonnette des ont l'état de santé ou le	
Signature :		Date : /	_/	





#### La Maisonnette des Parents

6651, boul. St-Laurent, Montréal, Québec, H2S 3C5 Tél.: (514) 272-7507 Téléc.: (514) 272-2367

# ENFANT(S)

ces personnes sont autorisees a venir chercher ie(s) e	enfant(s) (autre que le parent inscrit en page 1) :	
Nom de famille :	Prénom :	
Lien avec l'enfant :		
Nom de famille :	Prénom :	
Lien avec l'enfant :		
Nom de famille :	Prénom :	
Lien avec l'enfant :		
Nom de famille :		
Lien avec l'enfant :		
ENF	ANT #1	
Nom de famille de l'enfant :		
Prénom de l'enfant :		
Date de naissance : /	<u>_</u>	
# Ass. maladie :	Exp.:/(I	MM/AAAA)
Votre lien avec l'enfant : Mère Père Autre	:	
Pour les activités à l'école NDD - Mon enfant retourne	e au service de garde après son activité : 🔲 🗆	ıi □Non
L'enfant peut-il quitter seul à la fin de l'activité?	□οι	ui 🗌 Non
L'enfant souffre-t-il d'une maladie?  Oui  Non Pr	écisez :	
L'enfant souffre-t-il d'allergie(s), d'intolérance(s), de re	estriction(s) alimentaire(s)?	lon
Précisez :		
L'enfant a-t-il des problèmes de comportement?	Oui Non Précisez	



#### La Maisonnette des Parents

6651, boul. St-Laurent, Montréal, Québec, H2S 3C5 Tél.: (514) 272-7507 Téléc.: (514) 272-2367

### ENFANT #2

Nom de famille de l'enfant :	
Prénom de l'enfant :	
Date de naissance :/ (JJ/MM/AAAA) Age : Sexe :	$\square$ F $\square$ M
# Ass. maladie : Exp. :/	(MM/AAAA)
Votre lien avec l'enfant :	
Pour les activités à l'école NDD - Mon enfant retourne au service de garde après son activité :	☐ Oui ☐ Non
L'enfant peut-il quitter seul à la fin de l'activité?	☐Oui ☐Non
L'enfant souffre-t-il d'une maladie?  Oui  Non Précisez :	
L'enfant souffre-t-il d'allergie(s), d'intolérance(s), de restriction(s) alimentaire(s)?	□Non
Précisez :	
L'enfant a-t-il des problèmes de comportement?   Oui Non Précisez :	
ENFANT #3	
Nom de famille de l'enfant :	
Prénom de l'enfant :	
Date de naissance :/ (JJ/MM/AAAA) Age : Sexe :	$\square$ F $\square$ M
# Ass. maladie : Exp. : /	(MM/AAAA)
Votre lien avec l'enfant :	
Pour les activités à l'école NDD - Mon enfant retourne au service de garde après son activité : [	☐ Oui ☐ Non
L'enfant peut-il quitter seul à la fin de l'activité?	☐Oui ☐Non
L'enfant souffre-t-il d'une maladie?  Oui  Non Précisez :	
L'enfant souffre-t-il d'allergie(s), d'intolérance(s), de restriction(s) alimentaire(s)?	Oui Non
Précisez :	
L'enfant a-t-il des problèmes de comportement?   Oui Non Précisez :	