



Formulaire d'inscription – Membre

Loisirs

Petite-Enfance

Sécurité alimentaire

Membre de la Maisonnette (Adulte/parent/tuteur)

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ (jj/mm/aaaa) Sexe : F M

Adresse : _____ App : _____

Ville : _____ Code postal : _____ Quartier : _____

Tél. (____) _____ - _____ Cellulaire (____) _____ - _____

Adresse courriel : _____

Langues parlées à la maison : _____

Aimeriez-vous être bénévole à la Maisonnette des parents? Oui Non Domaine : _____

Comment avez-vous entendu parler de la Maisonnette des parents ?

Arrondissement Internet Dépliant/Affiche Autre _____

Conjoint ou second parent/tuteur désirant s'inscrire à une activité

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ (jj/mm/aaaa) Sexe : F M

Tél. (____) _____ - _____ Cellulaire (____) _____ - _____

Adresse courriel : _____

Aimeriez-vous être bénévole à la Maisonnette des parents? Oui Non Domaine : _____

Les activités sont offertes uniquement aux membres de la MDP. La MDP se réserve le droit d'annuler une activité si le nombre de participants est insuffisant. La programmation est sujette à changement si les circonstances l'exigent. Pour les activités ayant lieu à l'école NDD, elles sont suspendues lors des journées pédagogiques ou de grève et sont reprises si la disponibilité du personnel et des locaux le permet. Pour le bon fonctionnement des activités de loisirs pour enfants seulement, les parents ne seront pas admis pendant les cours.

Modalités de paiement : La carte de membre (5\$ par famille) est obligatoire, non remboursable et valide du début septembre à la fin août. Des frais de 5\$ seront exigés pour tout chèque sans provision. La halte-garderie est offerte gratuitement aux parents qui participent à nos activités de jour (lundi au vendredi, de 9h à midi et de 13h à 16h).

Politique d'annulation et de remboursement : La demande de remboursement est assujettie à la politique suivante : toute demande de remboursement doit être effectuée par écrit, la carte de membre n'est pas remboursable, avant le début du 1er cours : remboursement complet de l'activité, après le 1er cours, 80% du coût est remboursé, aucun remboursement si le participant ne se présente pas à l'activité.

Autorisations : J'autorise la Maisonnette des parents à la prise de photos et/ou un éventuel tournage vidéo de moi et/ou de mes enfants pour usage promotionnel. Ces extraits sonores et ces images pourraient être utilisés pour la promotion de la Maisonnette des parents ou de l'Arrondissement Rosemont- La Petite-Patrie. Il est important de noter que tout participant, dont l'état de santé ou le comportement sera jugé inapproprié à sa participation aux activités ou pourrait nuire à la vie de groupe, pourrait se voir refuser la participation des cours restants, sans remboursement.

Signature : _____ Date : ____ / ____ / ____



ENFANT(S)

Ces personnes sont autorisées à venir chercher le(s) 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 : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

ENFANT #1

Nom de famille de l'enfant : _____

Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : ____/____/____ (JJ/MM/AAAA) Age : ____ Sexe : F M

Ass. maladie : _____ Exp. : ____/____ (MM/AAAA)

Votre lien avec l'enfant : Mère Père Autre : _____

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 : _____



ENFANT #2

Nom de famille de l'enfant : _____

Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : ____ / ____ / _____ (JJ/MM/AAAA) Age : ____ Sexe : F M

Ass. maladie : _____ Exp. : ____ / _____ (MM/AAAA)

Votre lien avec l'enfant : Mère Père Autre : _____

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 : _____

ENFANT #3

Nom de famille de l'enfant : _____

Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : ____ / ____ / _____ (JJ/MM/AAAA) Age : ____ Sexe : F M

Ass. maladie : _____ Exp. : ____ / _____ (MM/AAAA)

Votre lien avec l'enfant : Mère Père Autre : _____

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 : _____