



**RENSEIGNEMENTS SUR LE PÈRE**

Prénom		Nom		Langue maternelle	
# et rue		Ville		Code postal	
( )		( )		( )	
Téléphone au travail		Téléphone cellulaire		Autre numéro	
Poste		Adresse électronique			
Nom de l'employeur			Profession		
# et rue		Ville		Code postal	
( )		( )		( )	

**MÉDECIN DE L'ENFANT**

Dr.		Nom		( )	
Prénom		Nom		Téléphone	
# et rue		Ville		Code postal	

**ALLERGIES, RESTRICTIONS ALIMENTAIRES (ordre culturel, religieux) ET/OU PROBLÈMES PARTICULIERS, incluant l'historique médical de l'enfant (maladies contagieuses ex : la varicelle, etc.)****PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (Autres que les parents)**

Prénom		Nom		( )	
Prénom		Nom		Téléphone	
# et rue		Ville		Code postal	

**AUTRE(S) PERSONNE(S) À QUI L'ENFANT PEUT ÊTRE CONFIE**

Prénom		Nom		( )	
Prénom		Nom		Téléphone	
# et rue		Ville		Code postal	

- J'atteste que les renseignements fournis sont corrects et je suis responsable de tenir ces renseignements à jour en informant par écrit "Les Coccinelles d'Oakville Inc." de tout changement.

Signature du parent ou tuteur

Date

**À l'usage du bureau seulement**

# du client	Date que tous les chèques ont été reçus	Date et raison du retrait
-------------	---	---------------------------