



Veillez compléter un formulaire par enfant.

Date d'inscription _____

École :

Ste-Marie

Date du départ _____

Patricia-Picknell

PROGRAMME

1. Programme AVANT et APRÈS (2,3 ou 5 jours) : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

2. Programme AVANT seulement (2,3 ou 5 jours) : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

3. Programme APRÈS seulement (2,3 ou 5 jours) : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Prénom _____

Nom _____

()

Téléphone à la maison _____

Niveau Sept. 2010 _____

et rue _____

Ville _____

Code postal _____

Date de naissance (jj/mm/aa) _____

Langue maternelle _____

Autres langues parlées _____

Frères et sœurs inscrits aux Coccinelles _____

ALLERGIES et/ou **PROBLÈMES PARTICULIERS** (incluant l'historique médical, maladies contagieuses ex : varicelle, etc.)
RESTRICTIONS ALIMENTAIRES (ordre culturel, religieux)

MÉDECIN DE L'ENFANT

Dr. _____

Prénom _____

Nom _____

()

Téléphone _____

et rue _____

Ville _____

Code postal _____

RENSEIGNEMENTS SUR LA MÈRE

Prénom _____

Nom _____

Langue maternelle _____

État civil _____

*Si séparée ou divorcée, indiquer qui a la garde de l'enfant. Inclure toutes directives spéciales.

et rue (À remplir si différente de l'enfant) _____

Ville _____

Code postal _____

()
Téléphone à la maison _____

Nom de l'employeur _____

Profession _____

et rue _____

Ville _____

Code postal _____

()

Téléphone au travail _____

Poste _____

()

Téléphone cellulaire _____

()

Autre numéro _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE PÈRE

Prénom _____		Nom _____		Langue maternelle _____ ()	
# et rue (À remplir si différente de l'enfant) _____		Ville _____		Code postal _____ Téléphone à la maison _____	
Nom de l'employeur _____			Profession _____		
# et rue _____ ()		Ville _____		Code postal _____	
Téléphone au travail _____		Poste _____		Téléphone cellulaire _____ Autre numéro _____	

PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE OU AUTRE(S) PERSONNE(S) À QUI L'ENFANT PEUT ÊTRE CONFIE (Autres que les parents)1. Contact d'urgence Autorisé à venir chercher l'enfant

Prénom _____		Nom _____		Relation avec l'enfant _____ ()	
# et rue _____		Ville _____		Téléphone _____	

2. Contact d'urgence Autorisé à venir chercher l'enfant

Prénom _____		Nom _____		Relation avec l'enfant _____ ()	
# et rue _____		Ville _____		Téléphone _____	

3. Contact d'urgence Autorisé à venir chercher l'enfant

Prénom _____		Nom _____		Relation avec l'enfant _____ ()	
# et rue _____		Ville _____		Téléphone _____	

COMMUNICATIONS - Veuillez indiquer le courriel (adresse email) *SVP écrire lisiblement

Mère : _____		Langue de communication		<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Anglais
Pour les URGENCES (fermetures, maladies, etc...)			Pour les NOUVELLES (annonces, bulletins, inscriptions, etc...)		

Courriel mère _____	Courriel mère _____
---------------------	---------------------

Père : _____		Langue de communication		<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Anglais
Pour les URGENCES (fermetures, maladies, etc...)			Pour les NOUVELLES (annonces, bulletins, inscriptions, etc...)		

Courriel père _____	Courriel père _____
---------------------	---------------------

J'autorise les Coccinelles à utiliser les courriels fournis ci-dessus pour fins de communication.

Signature du parent ou tuteur_____
Date**FINANCES** - Veuillez indiquer 1 payeur principal (pour fins de facturation et reçu d'impôts, etc...)
 mère père Autres - Svp contacter le bureau pour communiquer les détails.

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

_____	_____
-------	-------