



GARDERIE ÉDUCATIVE SOCRATES
ROXBORO • LAVAL • SAINT-HUBERT

INSCRIPTION DE L'ENFANT 2017-2018
Roxboro Saint-Hubert Laval

Nom de l'enfant _____ Prénom de l'enfant _____
 Adresse même que père même que mère autre Sexe : F M

Numéro _____ Rue _____ Appartement _____ Ville _____
 Code postal _____ Numéro de téléphone maison _____
 Date de naissance _____ Lieu de naissance (ville, pays) _____ Langue maternelle _____ Langue parlée à la maison _____
 Garderie en 2016-2017 _____ Numéro d'assurance-maladie _____ Expiration mm / an _____
 Médecin de l'enfant _____ Adresse _____ No de téléphone _____

Nom de famille du père _____ Prénom du père _____
 Adresse _____
 Numéro _____ Rue _____ Appartement _____
 Ville _____ Code postal _____ Téléphone à la maison _____
 Numéro de cellulaire _____ Téléphone au travail _____ Lieu de travail _____
 Profession _____ Êtes-vous un diplômé de l'École Socrates - Démosthène? _____ Scolarité _____
 Lieu de naissance (ville, pays) _____ Adresse courriel _____
 Êtes-vous employé par la CHGM? _____ Si oui, numéro de matricule : _____

Nom de la mère à la naissance _____ Prénom de la mère _____
 Adresse même que père _____
 Numéro _____ Rue _____ Appartement _____
 Ville _____ Code postal _____ Téléphone à la maison _____
 Numéro de cellulaire _____ Téléphone au travail _____ Lieu de travail _____
 Profession _____ Êtes-vous un diplômée de l'École Socrates - Démosthène? _____ Scolarité _____
 Êtes-vous employée par la CHGM? _____ Si oui, numéro de matricule : _____
 Lieu de naissance (ville, pays) _____ Adresse courriel _____

Statut matrimonial des parents: Mariés Séparés Divorcés Veuf(ve) Conjoint de fait

PERSONNES AUTORISÉES EN TOUT TEMPS À VENIR CHERCHER L'ENFANT / À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE

Prénom _____ Nom de famille _____ Lien avec l'enfant _____ Téléphone _____ Adresse _____

Date d'admission : _____ Les jours de garde seront du lundi au vendredi de 8 h à 15 h.

Fréquentation: Lundi AM PM Mardi AM PM Mercredi AM PM Jeudi AM PM Vendredi AM PM

Le Responsable consent à ce que son enfant participe aux sorties éducatives et récréatives, avec son groupe, durant la période de prestation des services. Les détails de chaque sortie seront communiqués dans les semaines précédant la sortie.

____ OUI ____ NON Signature : _____

Le Responsable consent à ce que l'Établissement prenne les dispositions nécessaires relatives à la santé de son enfant en cas d'urgence. ____ OUI ____ NON Signature : _____

Pour le transport de l'enfant :

Adresse le matin : _____

Adresse le soir : _____

Données sur la santé de l'enfant : Allergies : _____ Maladies : _____

Signature du père : _____ Signature de la mère : _____

Date : _____