



GARDERIE ÉDUCATIVE SOCRATES
ROXBORO • LAVAL • ST-HUBERT

INSCRIPTION DE L'ENFANT 2018-2019
Roxboro Saint-Hubert Laval

Nom de l'enfant _____		Prénom de l'enfant _____	
Adresse	<input type="checkbox"/> même que père	<input type="checkbox"/> même que mère	<input type="checkbox"/> autre
			Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 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 2017-2018	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 <input type="checkbox"/> 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 : _____