**PROGRAMME ANGE-GABRIEL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM DE L’ENFANT** | **D.D.N (J.M.A)** | **ADRESSE** |
|  | **01 Jan 2020** | **Numéro & nom de la rue:** |  |
|  |  | **Ville:** |  |
|  |  | **Code postal:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMATION DE PARENT/GARDIEN****(Premier Contact)** | **INFORMATION DE PARENT/ GARDIEN****(Deuxième Contact)** |
| **NOM:** | **NOM:** |
| **TÉLÉPHONE:** | **TÉLÉPHONE:** |
| **ADRESSE:** | **ADRESSE:** |
| **NOM & NUMÉRO DE TRAVAIL:** | **NOM & NUMÉRO DE TRAVAIL:** |
| **COURRIEL:** | **COURRIEL:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMATION DU CONTACT D’URGENCE** | **INFORMATION DU CONTACT D’URGENCE** |
| **NOM:** | **NOM:** |
| **TÉLÉPHONE:** | **TÉLÉPHONE:** |
| **ADRESSE:** | **ADRESSE:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **PERSONNE AUTORISÉE À RAMASSER** | **PERSONNE AUTORISÉE À RAMASSER** |
| **NOM:** | **NOM:** |
| **TÉLÉPHONE:** | **TÉLÉPHONE:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM D’ENFANT** | **ALLERGIE** | **RÉACTION** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **DOCTEUR:** |
| **ADDRESS ET TÉLÉPHONE:**  |

**S.V.P INDIQUER LE PROGRAMME DE VOTRE ENFANT PAR INDIQUANT LEUR NOM DANS LA BOÎTE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BAMBINS**(12 MOS - 2.5 ANS) | **PRÉSCOLAIRE**(2 ANS - 4 ANS) | **MAT/JAR****(4-6 ANS)** | **PARASCOLAIRE JR** (6-9 ANS) | **PARASCOLAIRE SR** (9-12 ANS) |
|  |  |  |  |  |

**S.V.P INDIQUER LE SOIN REQUIS POUR VOTRE ENFANT (SÉLECTIONNÉ TOUT QUI APPLIQUE)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TEMPS PLEIN****(5 JOURS /SEMAINE)** | **TEMPS PARTIEL****(<5 JOURS/ SEMAINE)** | **HORAIRE IRRÉGULIER****(CALENDRIER SOUMIS MENSUEL)** | **AVANT L’ÉCOLE** | **APRÈS L’ÉCOLE** |
|  |  |  |  |  |
| **INDIQUER LES JOURS REQUIS POUR TEMPS PARTIEL: 𑂽 LUN 𑂽 MAR 𑂽 MER 𑂽 JEUDI 𑂽 VEN**  |

|  |
| --- |
| **S.V.P FOURNIR D’INFORMATION ADDITIONNELLE CI-DESSOUS: (ACCORD DE GARDE, ROUTINE DE SOMMEIL, PRÉFÉRENCE DE NOURRITURE, DEMANDE SPÉCIALE/ACCOMMODATIONS, CONTACT PRÉFÉRER, ETC) :** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| S.V.P INDIQUER DANS LA BOȊTE UN "X" SI VOUS DONNER LA PERMISSION POUR PUBLIÉ DES PHOTOS SUR NOTRE SITE WEB ET LA PAGE DE FACEBOOK (AUCUN NOM NE SERA ASSOCIÉ AVEC LES PHOTOS) |  |

|  |
| --- |
| Usage du bureau Date d’inscription: Date de libération: |