

Depuis 1995



Académie
MONTESSORI
Ouest de l'Île

Formulaire d'inscription

Renseignements sur l'enfant

Garçon Fille

Nom de famille _____ Prénom _____

Adresse _____

No / Rue / No app.

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Tél.: _____

L'enfant habite avec Mère et père Mère Père

Date de naissance _____ Âge au 30 sept. _____

Jour / Mois / Année

Votre enfant a-t-il déjà fréquenté une garderie? Oui Non

Langue(s) parlée(s) par l'enfant Français Anglais Autre _____

Langue(s) comprise(s) par l'enfant Français Anglais Autre _____

Votre enfant a-t-il des restrictions alimentaires Non Oui

Si oui, merci de préciser ce que votre enfant ne mange pas : Viande Poulet Poisson Autre _____

Renseignements sur le père

Nom de famille _____ Prénom _____

Occupation _____

Adresse _____

No / Rue / No app.

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Tél. _____ Cell. _____ Travail / Autre _____

Courriel _____

Renseignement sur la mère

Nom de famille _____ Prénom _____

Occupation _____

Adresse _____

No / Rue / No app.

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Tél. _____ Cell. _____ Travail / Autre _____

Courriel _____

Date de début _____

Jour / Mois / Année

*** Par la présente, je m'engage à cette date de début
et suis responsable pour tous les paiements qui suivront. ***

Initiales du parent

Date de fin : août (réinscription chaque janvier pour l'année suivante)

Signature du parent

WIMA



Jours de garderie requis

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
<input type="checkbox"/> AM / <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM / <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM / <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM / <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM / <input type="checkbox"/> PM

*Temps plein SEULEMENT

Existe-t-il une décision judiciaire concernant la garde de l'enfant ? Non Oui

Personne responsable de l'enfant (si autre que les parents)

Nom de famille _____ Prénom _____

Relation avec l'enfant _____

Adresse _____

No / Rue / No app.

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Tél. _____

Antécédents médicaux de l'enfant

L'enfant souffre-t-il d'une maladie ? Non Oui, précisez _____

L'enfant souffre-t-il d'une allergie ? Non Oui, précisez _____

L'enfant souffre-t-il d'un handicap ? Non Oui, précisez _____

L'enfant doit-il prendre régulièrement des médicaments ? Non Oui

Si oui, précisez _____

Merci de remplir le document d'urgence ci-inclus. Veuillez noter que les enseignants employés par l'Académie Montessori n'administreront aucun médicament aux enfants sans recevoir une lettre signée par les deux parents, indiquant que ni l'enseignant, ni l'Académie Montessori ne seront tenus responsables de quelque manière que ce soit de l'administration de ce médicament.

*** Par la présente, j'autorise l'Académie Montessori à prendre toutes les mesures nécessaires concernant la santé de mon enfant en cas d'urgence. ***

Initiales du parent

Signature du parent

WIMA

Depuis 1995



Académie
MONTESSORI
Ouest de l'Île

Information en cas d'urgence

Merci de compléter aussi ce formulaire, qui sera classé dans un dossier différent.

Renseignements sur l'enfant

Nom de famille _____ Prénom _____

Adresse _____
No / Rue / No app.

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Date de naissance _____ Âge au 30 sept. _____
Jour / Mois / Année

Renseignement sur le père

Nom de famille _____ Prénom _____

Tél. _____ Cell. _____ Travail / Autre _____

Renseignement su la mère

Nom de famille _____ Prénom _____

Tél. _____ Cell. _____ Travail / Autre _____

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom _____ Relation avec l'enfant _____

Adresse _____ Téléphone _____
No / Rue / No app. / Ville

Nom _____ Relation avec l'enfant _____

Adresse _____ Téléphone _____
No / Rue / No app. / Ville

Nom _____ Relation avec l'enfant _____

Adresse _____ Téléphone _____
No / Rue / No app. / Ville

Nom _____ Relation avec l'enfant _____

Adresse _____ Téléphone _____
No / Rue / No app. / Ville

Personne à contacter en cas d'urgence, si les parents / tuteurs ne peuvent pas être joints

Nom _____ Relation avec l'enfant _____

Adresse _____ Téléphone _____
No / Rue / No app. / Ville

Nom _____ Relation avec l'enfant _____

Adresse _____ Téléphone _____
No / Rue / No app. / Ville

Nous, parents / tuteurs de _____
Nom de l'enfant

*** Comprenez qu'en cas d'urgence, l'Académie Montessori de l'Ouest de l'Île appelle le 911 d'abord, puis informe les parents ou le tuteur ensuite. ***

_____ /
Initiales du parent

Signature du parent

WIMA

En cas de blessure grave, l'enfant sera transporté par 911 (ambulance) à l'hôpital le plus proche.

Nom du pédiatre de l'enfant _____

Adresse de la clinique _____
No / Rue / No app.

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Tél. _____

Personne à contacter en cas d'urgence, si les parents / tuteurs ne peuvent pas être joints

Nom de famille _____ Prénom _____

Relation avec l'enfant _____

Adresse _____ Tél. _____
No / Rue / No app. / Ville

Nom de famille _____ Prénom _____

Relation avec l'enfant _____

Adresse _____ Tél. _____
No / Rue / No app. / Ville

Signature du parent / tuteur

Date

Relevé 24 - Reçu d'impôts

Veillez fournir les informations suivantes pour que notre service de comptabilité sache qui doit émettre le reçu d'impôts Releve 24 pour les frais de scolarité annuels.

Nom de la personne réclamant les frais de scolarité annuels _____

Numéro d'assurance sociale de la personne réclamant les frais de scolarité annuels _____

Adresse de la personne réclamant les frais de scolarité annuels _____
No / Rue / No app.

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Depuis 1995



Académie
MONTSSORI
Ouest de l'Île

Formulaire de permission

Permission pour photographies

Je, _____ autorise l'Académie Montessori de l'Ouest de l'Île à
utiliser des photographies de mon enfant _____.

Les photos de votre enfant peuvent être utilisées sur notre site Web, des cartes, des bannières, des affiches pour
fenêtres extérieures de l'école, des brochures, des publicités dans les journaux et / ou d'autres fins publicitaires.

Signature du parent / tuteur / _____
Date

Relation avec l'enfant _____

Témoïn _____ Témoïn _____
Nom en lettres moulées Signature

Date

Accord des politiques

Je confirme que j'ai lu le manuel et que je suis d'accord avec toutes les politiques de l'Académie Montessori de
l'Ouest de l'Île.

Signature du parent / _____
Date

Permission pour les excursions

J'autorise mon enfant à participer à toutes les excursions organisées par l'Académie Montessori de l'Ouest de l'Île.

Signature du parent / _____
Date

Permission pour les sorties au terrain de jeu

J'autorise mon enfant _____, à aller au terrain de jeu de
l'Académie Montessori de l'Ouest de l'Île.

Signature du parent / _____
WIMA

Date

Depuis 1995



Académie
MONTESSORI
Ouest de l'Île

Formulaire de permission

Permission pour les sorties au parc

J'autorise mon enfant _____ , à participer aux sorties au parc organisées par l'Académie Montessori de l'Ouest de l'Île.

Je, _____ , sais qu'ils seront au parc du Belvédère, au parc Louise-Deschênes ou au parc des Bénévoles.

Signature du parent

Date

Depuis 1995



Académie

MONTESSORI

Ouest de l'Île

Référence

Merci de nous indiquer comment vous avez entendu parler de notre Académie ?

Cochez la case qui décrit le mieux votre situation.

- Bouche à oreille
- Vous connaissez quelqu'un à la maternelle
- Internet
- Dépliant promotionnel
- Vous avez vu notre école de l'extérieur
- Vous nous connaissez parce que vous habitez le quartier