



## 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  NonLangue(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  OuiSi 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

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  
**MONTESSORI**  
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