

# INSCRIPTION LES APPRENTIS

ANNÉE: \_\_\_\_\_

Sexe:	Nom des enfants:	Date de naissance: (JJ-MM-AAAA)
M / F	#1: _____	_____
M / F	#2: _____	_____
M / F	#3: _____	_____
M / F	#4: _____	_____

Adresse: \_\_\_\_\_  
Ville: \_\_\_\_\_  
Code postal: \_\_\_\_\_

Nom de la mère: \_\_\_\_\_ Nom du père: \_\_\_\_\_  
Date de naissance: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone domicile: \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone cellulaire: \_\_\_\_\_  
Courriel: \_\_\_\_\_

Depuis combien d'année(s) vivez vous dans la région?: \_\_\_\_\_

## FORMATIONS:

### MÈRE

- Secondaire 5 ou moins
- Secondaire (D.E.S.)
- Études professionnelles (D.E.P.)
- Collégiale (D.E.C)
- Universitaire

Profession: \_\_\_\_\_

### PÈRE

- Secondaire 5 ou moins
- Secondaire (D.E.S.)
- Études professionnelles (D.E.P.)
- Collégiale (D.E.C)
- Universitaire

Profession: \_\_\_\_\_

## REVENUS:

### MÈRE

- Au foyer
- Sécurité du revenu
- Assurance-emploi
- Temps partiel
- Temps plein

### PÈRE

- Au foyer
- Sécurité du revenu
- Assurance-emploi
- Temps partiel
- Temps plein

## REVENU FAMILIAL ANNUEL:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 20 000\$ et moins | <input type="checkbox"/> 41 à 50 000\$    |
| <input type="checkbox"/> 21 à 30 000\$     | <input type="checkbox"/> 51 à 60 000\$    |
| <input type="checkbox"/> 31 à 40 000\$     | <input type="checkbox"/> 61 000\$ et plus |

# INSCRIPTION LES APPRENTIS

ANNÉE: \_\_\_\_\_

## FICHE ENFANTS:

### Numéro d'assurance maladie:

#1: \_\_\_\_\_

#3: \_\_\_\_\_

#2: \_\_\_\_\_

#4: \_\_\_\_\_

Allergies:      NON      OUI -      Quel enfant? -      #1      #2      #3      #4

Lesquels: \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il des frères et sœurs? :      OUI      NON

## URGENCE

En cas d'urgence contacter: \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

## POINTS À TRAVAILLER

#1	#2	#3	#4	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté du langage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté d'attention
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agressivité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Concentration difficile
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyperactivité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comportement inhibé ou en retrait
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tempérament difficile (agitation, crises, cris etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besoin de plus d'encadrement
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besoin de séparation en douceur
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besoin de se faire des amis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TED

AUTRE: \_\_\_\_\_

**Les données recueillies dans ce formulaire sont strictement confidentielles. Elles ne servent qu'à identifier les utilisateurs et pour fin de statistiques.**

1. J'atteste que les informations ci-dessus sont exactes;
2. J'accepte que des photos de mon enfant puissent être publiées sur Facebook, sur le site de l'organisme ou dans les journaux;
3. J'autorise le personnel de L'organisme Les Apprentis à apporter mon enfant lors de sorties (parc, promenade etc.);

Signature: \_\_\_\_\_