

LE PETIT CHAPERON ROUGE 419 Avenue Coxwell, Toronto M4L 3B9 Tel: 416-463-3955	LE PETIT CHAPERON ROUGE 250, chemin Gainsborough, Toronto, M4L 3C6 416-465-2582	LE PETIT CHAPERON ROUGE 80, Queensdale Toronto, M4J 1Y3 416-463-3975	LE PETIT CHAPERON ROUGE 755, chemin Royal York, Etobicoke, M8Y 2T3 416-236-4557
---	---	--	---

FORMULAIRE D'APPLICATION

ENFANT NOM DE FAMILLE:			PRÉNOM:	
APPT: RUE:		VILLE:		CODE POSTAL:
DATE DE NAISSANCE	JOUR	MOIS	ANNÉE	ÂGE
PARENT 1 NOM DE FAMILLE:			PRÉNOM:	
APPT: RUE:		VILLE:		CODE POSTAL:
TÉLÉPHONE: Domicile : TÉLÉPHONE: Travail : TELEPHONE Cell :			NOM DE L'EMPLOYEUR: ADRESSE:	
PARENT 2 NOM DE FAMILLE:			PRÉNOM:	
APPT: RUE:		VILLE:		CODE POSTAL:
TÉLÉPHONE: Domicile : TÉLÉPHONE: Travail : TELEPHONE Cell :			NOM DE L'EMPLOYEUR: ADRESSE:	

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE	
NOM	TÉL: DOMICILE :
ADRESSE: # RUE: VILLE:	TÉL: TRAVAIL :
NOM	TÉL: DOMICILE :
ADRESSE: # RUE: VILLE:	TÉL: TRAVAIL :

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT	
NOM	TÉL: DOMICILE :
ADRESSE: # RUE: VILLE:	TÉL: TRAVAIL :
NOM	TÉL: DOMICILE :
ADRESSE: # RUE: VILLE:	TÉL: TRAVAIL :

ALLERGIES:	SEVERITÉ DE LA RÉACTION :
DIÈTE:	
INFORMATIONS LIÉES AU COMPORTEMENT:	
AUTRES:	

INFORMATIONS MÉDECIN	
NOM DOCTEUR OU PÉDIATRE :	TÉL :
ADRESSE :	FAX :

MALADIES CONTAGIEUSES OU SÉRIEUSES:
VOTRE ENFANT A-T-IL EU UNE OU PLUSIEURS DE CES MALADIES CONTAGIEUSES: AUCUNES <input type="checkbox"/>
ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OREILLONS <input type="checkbox"/> RUBÉOLE <input type="checkbox"/> COQUELUCHE <input type="checkbox"/> HÉPATITE <input type="checkbox"/> VARICELLE <input type="checkbox"/> FIÈVRE SCARLATINE <input type="checkbox"/> ROSÉOLE <input type="checkbox"/>

CENTRE :	COXWELL <input type="checkbox"/>	ETOBICOKE <input type="checkbox"/>	GAINSBOROUGH <input type="checkbox"/>	QUEENSDALE <input type="checkbox"/>
DATE D'ADMISSION PRÉVUE :				
PROGRAMME :	TEMPS PLEIN <input type="checkbox"/>		TEMPS PARTIEL: <input type="checkbox"/> JOURS:	

SOUS AUCUNES CIRCONSTANCES, UN ENFANT NE SERA LAISSÉ À UNE PERSONNE NON AUTORISÉE PAR LES PARENTS	
PAR LA PRÉSENTE, J'INSCRIS L'ENFANT CI-HAUT MENTIONNÉ À LA GARDERIE LE PETIT CHAPERON ROUGE. JE COMPRENDS ET J'ACCEPTÉ DE SUIVRE TOUS LES RÈGLEMENTS DE LA GARDERIE.	
J'ACCEPTÉ DE PAYER LES FRAIS DE GARDE PROMPTEMENT AU COURS DES 5 PREMIERS JOURS DU MOIS OU DE PAYER LA PÉNALTITÉ DE RETARD TEL QUE DÉCRIT DANS LE GUIDE DES PARENTS.	
SIGNATURE DE LA MÈRE:	DATE:
SIGNATURE DU PÈRE:	DATE:

À L'USAGE DE L'ADMINISTRATION SEULEMENT

DATE D'INSCRIPTION:	DATE D'ADMISSION:
LOCATION:	PROGRAMME:
ACCEPTÉ PAR:	
SUBVENTIONNÉ <input type="checkbox"/> PER DIEM:	DOSSIER : #
DÉPÔT: \$ <input type="checkbox"/>	DÉPÔT PAYÉ LE:
FRAIS ADMINISTRATIFS: \$ 40 <input type="checkbox"/>	FRAIS ADMINISTRATIFS PAYÉS LE:
COTISATION - ANNÉE \$ 15 <input type="checkbox"/>	COTISATION PAYÉE LE:
DATE DE RETRAIT:	RAISON:

TRANSFERT DE GROUPE: DATE:	NOUVEAU GROUPE:
TRANSFERT DE GROUPE: DATE:	NOUVEAU GROUPE:
TRANSFERT DE GROUPE: DATE:	NOUVEAU GROUPE: