



FICHE D'INSCRIPTION DU MEMBRE

Date d'inscription : _____
Date du paiement : _____

Prénom et nom du père : _____

Prénom et nom de la mère : _____

Prénom et nom du répondant : _____

Date de naissance du père : ___ / ___ / ___ et de la mère : ___ / ___ / ___
 JJ MM AAAA JJ MM AAAA

Pays de naissance du père : _____ et de la mère : _____
Si autre que le Canada.

Tous les enfants de la famille de 0 à 12 ans:

<u>Nom et prénom</u>	<u>Date de naissance</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

(Ne rien inscrire dans la partie grise)

Atelier 2½-5 ans	0-6 mois	6-12 mois	12-18 mois	18-30 mois	Répit-garderie	6-12 ans	Purée	Les Bambins	Les Salopettes	

Adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_| |_|_|_|_|

Nouveaux arrivants dans la région
Depuis le _____
(mois / année)

Téléphone maison: (____) ____ - _____

Téléphone au travail : (____) ____ - _____

Cellulaire : (____) ____ - _____

Courriel : _____

J'accepte de recevoir de la correspondance à l'adresse internet ci-haut. Vos initiales : _____

Avez-vous déjà été membre de la Maison de la famille ? Oui Non

SUITE AU VERSO →

DANS QUEL TYPE DE FAMILLE VIVEZ-VOUS ?

1 Biparentale 2 Monoparentale 3 Recomposée 4 Autre : _____

QUEL EST LE NIVEAU D'ETUDES COMPLETE ? (Cochez un seul choix)

- | <u>celui du père</u> | | <u>celui de la mère</u> | |
|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Études primaires | 1 <input type="checkbox"/> | Études primaires |
| 2 <input type="checkbox"/> | Études Secondaire I | 2 <input type="checkbox"/> | Études Secondaire I |
| 3 <input type="checkbox"/> | Études Secondaire II | 3 <input type="checkbox"/> | Études Secondaire II |
| 4 <input type="checkbox"/> | Études Secondaire III | 4 <input type="checkbox"/> | Études Secondaire III |
| 5 <input type="checkbox"/> | Études Secondaire IV | 5 <input type="checkbox"/> | Études Secondaire IV |
| 6 <input type="checkbox"/> | Études Secondaire V | 6 <input type="checkbox"/> | Études Secondaire V |
| 7 <input type="checkbox"/> | Études professionnelles | 7 <input type="checkbox"/> | Études professionnelles |
| 8 <input type="checkbox"/> | Études collégiales (Cégep) | 8 <input type="checkbox"/> | Études collégiales (Cégep) |
| 9 <input type="checkbox"/> | Études universitaires | 9 <input type="checkbox"/> | Études universitaires |
| 10 <input type="checkbox"/> | Autres, précisez : _____ | 10 <input type="checkbox"/> | Autres, précisez : _____ |

QUELLES SONT LES PRINCIPALES SOURCES DE REVENU DE VOTRE FAMILLE ?

(Cochez un ou plusieurs choix)

- 1 Revenu d'emploi personnel
- 2 Revenu d'emploi du conjoint(e)
- 3 Revenu d'assurance-emploi personnel
- 4 Revenu d'assurance-emploi du conjoint(e)
- 5 Sécurité du revenu (aide sociale)
- 6 Bourse d'études
- 7 Autres : précisez : _____

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU LA MAISON DE LA FAMILLE ?

- 1 Par des amis Des membres de la famille
- 2 Par la publicité (affiche, dépliant, journal...) Spécifiez : _____
- 3 Par un intervenant d'un organisme : Spécifiez : _____

QUEL EST LE REVENU BRUT MENSUEL DE VOTRE FAMILLE ?

0 à 3000\$ 3001 à 3500\$ 3501 à 4000\$ 4001 à 4500\$ 4501 et +

COMBIEN DE PERSONNES (EN VOUS INCLUANT) VIVENT CHEZ VOUS ? _____ personnes.

Je comprends que la Maison de la famille de Charlevoix n'est pas responsable des objets perdus, volés ou endommagés appartenant à mon enfant.

Signature du membre

Autres notes complémentaires :

Merci pour votre collaboration !

Mai 2021

Fiche d'informations de l'enfant



Date d'inscription: _____

Groupe ou service : _____

Nom de l'enfant		Noms frère / sœur :
Nom de la mère		
Nom du père		
Autre répondant		

Contacts			
# de la mère :	Rés :	Trav :	Cell :
# du père :	Rés :	Trav :	Cell :
# répondant :	Rés :	Trav :	Cell :
EN CAS D'URGENCE			
Nom de la personne à contacter en cas d'urgence :			
# de téléphone de cette personne :			
Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant			
Nom :	# de téléphone :		
Nom :	# de téléphone :		
Nom :	# de téléphone :		
Informations complémentaires			
Est-ce que votre enfant s'est déjà fait garder ?		À la maison, par la famille : OUI/NON	
En CPE : OUI/NON En milieu familial : OUI/NON		À la maison, par une gardienne : OUI/NON	
Est-ce que votre enfant fait une sieste : OUI/NON		A-t-il besoin d'un objet significatif, spécifiez :	

Bien-être de l'enfant	
Date de naissance :	Age actuel :
Numéro d'assurance-maladie :	
Allergie : OUI/ NON	Spécifiez :
Médicament : OUI/NON	Spécifiez :
Autres informations pertinentes :	



FORMULAIRE D'AUTORISATIONS



Nom de l'enfant : _____
Prénom et nom en lettres moulées

Groupe : _____

Autorisation pour les sorties

J'autorise le personnel de la Maison de la famille à faire des sorties avec mon enfant telles : des promenades dans le voisinage, à la piste cyclable, au parc, à la bibliothèque...

Prénom et nom du parent : _____
Prénom et nom en lettres moulées

Signature : _____ Date : _____

Autorisation pour prise de photos et diffusion

J'autorise le personnel à prendre des photos de groupes des enfants lors des activités ou des sorties. Ces photos seront pour usage suivant :

Oui Non

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Exposition à la Maison de la famille |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rapport d'activités/pamphlets, brochures... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Site web de l'organisme |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Page Facebook de l'organisme |

Prénom et nom du parent : _____
Prénom et nom en lettres moulées

Signature : _____ Date : _____



**Contrat d'engagement parental
pour les activités au répit-garderie
et les ateliers préscolaires
en lien avec les mesures de prévention de la COVID**

- Je confirme que les membres de ma famille immédiate (parents et enfants) ne présentent aucun symptôme relié à la COVID-19 (fièvre, apparition ou aggravation d'une toux, difficulté respiratoire, perte d'odorat).
- Je confirme que les membres de ma famille immédiate n'ont pas voyagé ou entré en contact avec des personnes ayant été à l'extérieur du pays ou dans une zone chaude ni été en contact avec une personne atteinte de la COVID-19 depuis les 14 derniers jours.
- J'atteste avoir pris connaissance des règles de fonctionnement du répit-garderie et du préscolaire et je m'engage à respecter les mesures de prévention de la COVID-19 mises en place par l'organisme.
- J'accepte que mon enfant participe aux activités du répit-garderie et/ou du préscolaire de façon volontaire et qu'il soit en contact avec d'autres enfants (avec distanciation sociale de 2 mètres dans la mesure du possible).
- Je dégage la Maison de la famille de Charlevoix de toutes responsabilités concernant les risques de contagions reliés à la COVID-19.

***** Le personnel de la Maison de la famille de Charlevoix s'engage à respecter les mesures sanitaires selon les directives de la Santé Publique et à rendre le milieu de vie le plus sécuritaire possible.**

Nom de l'adulte

Signature de l'adulte

Date