

# 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 :

- | <u>Oui</u>               | <u>Non</u>               |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <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                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Communication Messenger                     |

Prénom et nom du parent : \_\_\_\_\_  
Prénom et nom en lettres moulées

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

# Fiche d'informations de l'enfant



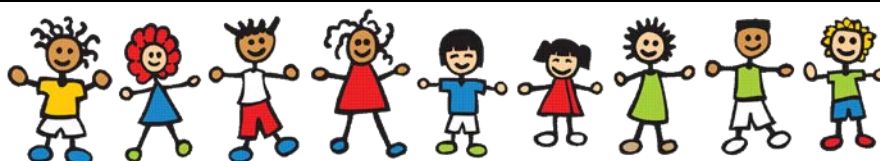
Date d'inscription: \_\_\_\_\_

Groupe ou service : \_\_\_\_\_

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

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			
<b>Est-ce que votre enfant s'est déjà fait garder ?</b>		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 :	





**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 : \_\_\_\_\_

**Relevé 24 : Répondant pour les frais de garde de l'enfant**

\_\_\_\_\_

(Prénom et nom du répondant)

\_\_\_\_\_

(Numéro d'assurance sociale 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.

(Ne rien inscrire dans la partie grise)

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

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

Atelier 2 1/2-5 ans	0-6 mois	6-12 mois	12-18 mois	18-30 mois	Répét-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 : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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)**

**celui du père**

- 1  Études secondaires 1-2-3
- 2  Études secondaires 4-5
- 3  Études professionnelles
- 4  Études collégiales (Cégep)
- 5  Études universitaires
- 6  Autres, précisez : \_\_\_\_\_

**celui de la mère**

- 1  Études secondaires 1-2-3
- 2  Études secondaires 4-5
- 3  Études professionnelles
- 4  Études collégiales (Cégep)
- 5  Études universitaires
- 5  Autres, précisez : \_\_\_\_\_

**QUELLES SONT LES PRINCIPALES SOURCES DE REVENU DE VOTRE FAMILLE ?**

(Cochez un ou plusieurs choix)

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

**COMMENT AVEZ-VOUS CONNU LA MAISON DE LA FAMILLE ?**

- 1 Par contacts                       amis                       membres de la famille
- 2 Par publicité                       affiche                       dépliant                       journal                       Radio                       Réseaux sociaux
- 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 dans votre foyer ? \_\_\_\_\_ 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

**J'accepte de recevoir de la correspondance par courriel. Vos initiales : \_\_\_\_\_**

**Courriel : \_\_\_\_\_**

**Autres notes complémentaires :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Merci pour votre collaboration !**

**Septembre 2024**



## AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS CONTENUS AU DOSSIER

Date de naissance

Nom et prénom de(s) enfant(s) à la naissance

Année

mois

jour


Nom et prénom du parent et/ou tuteur		Nom et prénom du parent et/ou tuteur	
Adresse du parent et ou tuteur		Adresse du parent et/ou tuteur (si différente de la précédente)	
Numéro de téléphone (personnel)	Numéro de téléphone (travail)	Numéro de téléphone (personnel)	Numéro de téléphone (travail)

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_  
Nom et adresse

Autorise la Maison de la famille de Charlevoix       N'autorise pas la Maison de la famille de Charlevoix

À communiquer avec:  Intervenant(e) du CLSC (précisez) : \_\_\_\_\_  
 Intervenant(e) du Centre Jeunesse (précisez) : \_\_\_\_\_  
 Intervenant(e) autre (précisez) : \_\_\_\_\_  
 Orthophoniste (précisez): \_\_\_\_\_

Les renseignements suivants  Observations sur le développement de l'enfant  
 Références de services  
 Communication des renseignements  
 Plan d'intervention  
 Autres : \_\_\_\_\_

contenus dans le dossier de l'utilisateur ci-dessus identifié.

**Cette autorisation est valable à compter de la date de la signature de ce document jusqu'à annulation de cette dernière par l'utilisateur.**

\_\_\_\_\_  
Signature de l'utilisateur ou de la personne autorisée

Année      Mois      Jour  
|\_|\_|    |\_|\_|    |\_|\_|  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de l'intervenante de la Maison de la famille de Charlevoix

Année      Mois      Jour  
|\_|\_|    |\_|\_|    |\_|\_|  
Date

**N.B. : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Et le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.**