



# JARDIN D'ENFANTS MONTESSORI DE LAVAL

3505 Concorde est, Laval (Québec) H7E 2C6

Téléphone : 450 669-5727

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Inscription pour l'année scolaire : 20\_\_ - 20\_\_

Nom de l'élève \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_

Adresse complète \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Lieu de naissance \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_ Langue maternelle \_\_\_\_\_

Langue habituellement parlée à la maison : Français \_\_\_\_ Anglais \_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_

Nom et prénom du père \_\_\_\_\_ NAS \_\_\_\_\_

Adresse du père \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Nom et prénom de la mère \_\_\_\_\_ NAS \_\_\_\_\_

Adresse de la mère \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Si les parents sont séparés, à qui doit-on adresser la correspondance ? \_\_\_\_\_

Dans quelle langue désirez-vous recevoir votre correspondance ? Français \_\_\_\_ Anglais \_\_\_\_

Auquel des deux parents doit-on adresser le relevé 24 ? Au père \_\_\_\_\_ À la mère \_\_\_\_\_

Activités parascolaires de 16h00 à 17h00 : Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_ Occasionnellement \_\_\_\_

\*Cf contrat de services éducatifs pour les modalités de ce service.

Nom des frères et sœurs	Âge	Écoles fréquentées

En cas d'urgence, coordonnées de la personne à joindre :

Nom \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Les parents s'engagent à respecter les clauses de l'École

Date de l'inscription \_\_\_\_\_ Frais d'inscription \_\_\_\_\_ \$

Signature des parents \_\_\_\_\_

Signature de la direction \_\_\_\_\_



# JARDIN D'ENFANTS MONTESSORI DE LAVAL

3505 Concorde est, Laval (Québec) H7E 2C6

Téléphone : 450 669-5727

## FICHE MÉDICALE

Nom et prénom de l'élève \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie de l'enfant \_\_\_\_\_

Nom du médecin de famille de l'enfant \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

### Maladies contagieuses :

Rougeole \_\_\_\_\_ Rubéole \_\_\_\_\_ Scarlatine \_\_\_\_\_

Varicelle \_\_\_\_\_ Oreillons \_\_\_\_\_ Mononucléose \_\_\_\_\_

Autres \_\_\_\_\_ Interventions chirurgicales \_\_\_\_\_

Accidents \_\_\_\_\_ Précisez \_\_\_\_\_

Quel est l'état de santé général de l'enfant ? \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il des problèmes médicaux particuliers ? \_\_\_\_\_

Donnez une appréciation du développement psycho-moteur de l'enfant pour son âge :

L'enfant a-t-il des maux de gorge ou des rhumes fréquents ? \_\_\_\_\_

Donnez les informations nécessaires concernant les habitudes et les maladies antérieures de l'enfant que vous jugez nécessaires à l'école : \_\_\_\_\_

L'enfant prend-il des médicaments ? \_\_\_\_\_ Pourquoi : \_\_\_\_\_

Souffre t-il d'allergies ? Précisez : \_\_\_\_\_

### Immunisations contre :

Diphtérie (D), coqueluche (Ca), Tétanos (T),  
Poliomyélite (Salk), Méningite (Hib) : Oui \_\_\_\_\_ Date du dernier rappel \_\_\_\_\_

Rougeole (R), Rubéole (R), Oreillons (O),  
Varicelle (Va) : Oui \_\_\_\_\_ Date du dernier rappel \_\_\_\_\_

Infections à Méningocoque (MEN) : Oui \_\_\_\_\_ Date du dernier rappel \_\_\_\_\_

Hépatite A (HA), Hépatite B : Oui \_\_\_\_\_ Date du dernier rappel \_\_\_\_\_

Tuberculose (BCG) : Oui \_\_\_\_\_ Date du dernier rappel \_\_\_\_\_

Infections à pneumocoque (PREVNAR) Oui \_\_\_\_\_ Date du dernier rappel \_\_\_\_\_

Choléra, Typhoïde, Encéphalite japonaise : Oui \_\_\_\_\_ Date du dernier rappel \_\_\_\_\_

Autres vaccins : Oui \_\_\_\_\_ Date du dernier rappel \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

Nous autorisons les responsables de L'ÉCOLE MONTESSORI DE LAVAL à conduire notre enfant au centre local de services communautaires ou à l'hôpital en cas d'urgence afin d'y recevoir les soins nécessaires.

Date : \_\_\_\_\_ Signature des parents : \_\_\_\_\_