

## FICHE D'INFORMATION POUR INSCRIPTION EN LIGNE

### PARENT(S)

NOM (Père) \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_

CELL \_\_\_\_\_ COURRIEL OBLIGATOIRE \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

NOM (Mère) \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_

CELL \_\_\_\_\_ COURRIEL OBLIGATOIRE \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

-----

### ENFANT 1

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_ NO. ASS. MALADIE \_\_\_\_\_

ADRESSE (si différent) \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

### ENFANT 2

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_ NO. ASS. MALADIE \_\_\_\_\_

ADRESSE (si différent) \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

### ENFANT 3

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_ NO. ASS. MALADIE \_\_\_\_\_

ADRESSE (si différent) \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

Vérification faite par \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

