



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

AVIS DE CONFIDENTIALITÉ :

Veillez noter que ces informations demeureront strictement confidentielles et aucun renseignement ne sera divulgué sans votre accord. Ce questionnaire nous sert uniquement à établir le portrait de la clientèle qui utilise le projet.

Nom de la mère : _____

Nom du père : _____

Adresse : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Code postal : _____

Téléphone : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Courriel : _____

TYPE DE FAMILLE :

- Biparentale
- Monoparentale (mère)
- Monoparentale (père)
- Reconstituée
- Autre veuillez spécifier ci-dessous : _____

ÂGE DES PARENTS :

Mère	Père	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moins de 20 ans
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20 à 34 ans
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35 ans et plus

Faites-vous parti d'un programme du CLSC ?

Oui	Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lequel ?

ESPACE RÉSERVÉ :

Date de l'adhésion : _____

Code d'adhésion : _____

Représentant(e) : _____

REVENU FAMILIAL :

- Moins de 10 000\$ 30 000\$ à 39 000\$ 60 000\$ à 69 000\$
- 10 000\$ à 19 000\$ 40 000\$ à 49 000\$ 70 000\$ à 79 000\$
- 20 000\$ à 29 000\$ 50 000\$ à 59 000\$ 80 000\$ et plus

SOURCE DE REVENU :

- Emploi à temps plein Prêts et bourses (études) Aide-social
- Emploi à temps partiel Assurance emploi Autre : _____

NIVEAU DE SCOLARITÉ DES PARENTS : cochez les cases adéquates

	Non terminé	Terminé	Mère	Père	Autre conjoint(e)
Études primaire	<input type="checkbox"/>				
Études secondaire	<input type="checkbox"/>				
Niveau professionnel	<input type="checkbox"/>				
Niveau collégial	<input type="checkbox"/>				
Niveau universitaire	<input type="checkbox"/>				

ENFANT(S) :

ALLERGIES

Nom de l'enfant	Âge	Anniversaire	Oui	Non	Intolérance(s)
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Par cette signature, j'autorise les intervenants(es) de Parenfant à prendre des photos de mon/mes enfant(s) et des membres de ma famille lors des différents ateliers et d'afficher ces mêmes photos exclusivement à Parenfant.

Date : _____ Signature de parent : _____