



# 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Études secondaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niveau professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niveau collégial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niveau universitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 : \_\_\_\_\_