

Nom du/des parent(s) responsable(s) :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Informations relatives à votre enfant

Nom:

Sexe M F

Âge:

Date de naissance : Pays de naissance:

Langue maternelle :

Numéro d'assurance maladie :

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé, des allergies, des restrictions alimentaires
ou des particularités que nous devrions connaître?

En cas d'urgence

Nom :

Lien avec l'enfant :

Téléphone :

Informations scolaires

École fréquentée par votre enfant :

Degré :

Nom du professeur :

Votre enfant est-il dans un programme d'enseignement particulier? Si oui, lequel?

.....

.....

Y a-t-il une matière en particulier dans laquelle votre enfant a de la difficulté?

.....

.....

Paiements effectués?

Engagement

- J'autorise le Centre Communautaire Bon Courage à accéder si nécessaire au dossier scolaire de mon enfant.
Je m'engage à travailler de concert avec le Centre Bon Courage et à répondre à leurs appels s'ils ont besoin de moi.
Je m'engage au quotidien à vérifier l'agenda de mon enfant et à y prêter attention.
En cas d'absence ou d'abandon de mon enfant, je m'engage à informer le Centre Bon Courage le plus tôt possible.

Date :

Signature :