



École AMAN

مدرسة أمان

Formulaire de réinscription pour l'année scolaire 2016-2017

(Important : à retourner au plus tard le Dimanche 30-04-2016)

1) **Enfant 1:** Masculin ☐ Féminin ☐

Prénom : _____ Nom : _____
الإسم الشخصي: _____ الإسم العائلي: _____
Date de naissance : _____ RAMQ : _____

2) **Enfant 2:** Masculin ☐ Féminin ☐

Prénom : _____ Nom : _____
الإسم الشخصي: _____ الإسم العائلي: _____
Date de naissance : _____ RAMQ : _____

3) **Enfant 3:** Masculin ☐ Féminin ☐

Prénom : _____ Nom : _____
الإسم الشخصي: _____ الإسم العائلي: _____
Date de naissance : _____ RAMQ : _____

4) **Informations du parent :**

Prénom : _____ Nom : _____
Adresse : _____ Ville : _____ Code Postal : _____
Téléphone 1: _____ Téléphone 2 : _____
Courriel : _____

5) **Frais et mode de paiements :** 1^{er} Enfant : 380\$ / 2^{ème} Enfant : 350\$ / 3^{ème} Enfant : 300\$

☐ Comptant (100% des frais) ☐ Interac (100% des frais)
☐ Chèques postdatés, Seulement: 22-09-2016 / 22-11-2016 / 22-12-2016
(Chèque à l'ordre de : **Association AMAN**)

6) **Médical :**

J'autorise **École AMAN** à prendre les dispositions nécessaires relativement à la santé de mon enfant en cas de blessures ou de maladie.

Signature : _____ **Date :** _____
(Signature du parent)

7) **Promotion :**

J'autorise **École AMAN** à prendre en photo ou en vidéo mon enfant à des fins promotionnelles pour l'école AMAN:

☐ Oui ☐ Non **Initiales du parent:** _____

Signature : _____ **Date :** _____
(Signature du parent)

Réservé (École AMAN) :



École AMAN

مدرسة أمان

Fiche Médicale

Nom: _____ Prénom : _____
Assurance-maladie : _____ Date de naissance : __/__/_____
Nom du père : _____ Nom de la mère : _____
Adresse: _____
Téléphone : _____ Cellulaire : _____

Nous sommes couverts par une assurance privée : ☐ Oui ☐ Non
Nom de la compagnie d'Assurances : _____

Qui prévenir en cas d'urgence?

Nom : _____ Prénom : _____
Tél : _____
Lien de parenté : _____

L'enfant souffre-t-il de :

Asthme : ☐ Maladie de cœur : ☐ Épilepsie : ☐
Diabète : ☐ Troubles nerveux : ☐ Autres : _____
Doit-il porter des verres? _____
Handicaps physiques? _____
Médicaments (inclure les pompes): _____

L'enfant est allergique à :

Pénicilline : ☐ Sulfa : ☐ Fièvre des foins : ☐
Animaux : ☐ Aliments : ☐

Détaillez la nature de l'allergie : _____

A-t-il une dose d'adrénaline (Épipen ou autre) et qui peut l'administrer? ☐ Oui ☐ Non

J'autorise le personnel de l'équipe École AMAN à prodiguer à mon enfant tous les soins infirmiers nécessaires. Si l'état de mon enfant l'exige, j'autorise également le transport par ambulance, ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. Je m'engage à payer les frais de transport par ambulance et de médecin en cas d'accident.

Complété le : _____ Nom du parent : _____

Signature du parent : _____