



Maison de la Famille Joli-Coeur
4865, rue Legendre
Contrecoeur, Qc, J0L 1C0
450-587-2965
mdfjolicoeur@videotron.ca

ANIMAJEUX

Prénom : _____ **Nom :** _____

Date de naissance ____/____/____ **Téléphone à la maison :** _____

Adresse _____
No, rue, app, ville, code postal

Nom du parent contact : _____

Père ____ **Mère** ____ **autre (spécifiez)** _____

Adresse courriel _____

Nombre de personnes dans la famille : _____

Revenu familial annuel : _____ **Source de revenu :** _____
Ex : emploi temps plein, ass. emploi, autres.

EN CAS D'URGENCE

Numéro d'assurance maladie (carte soleil) : _____

Date d'expiration : _____

Personne à contacter en cas d'urgence (autre qu'à la maison) :

Nom : _____ **Téléphone :** _____

Lien avec l'enfant (tante, voisin, etc.) : _____

Votre enfant a-t-il des allergies? Oui ____ **Non** ____

Lesquelles : _____

Autres informations jugées pertinentes : _____

Signature de parent contact

Date

Consentement

Cochez votre réponse

J'accepte ou je n'accepte pas que des photos de mon enfant soient publiées dans les journaux et sur le site Internet de la Maison de la Famille Joli-Cœur.

Êtes-vous disponible pour faire du bénévolat à la Maison de la Famille

oui _____ non _____

Signature : _____

Date : _____