



88, rue Jean-René-Monette
Gatineau (Québec) J8P 5B7
T. : 819 643-0828
F. : 819 643-9176
info@trivium-academy.com
www.trivium-academy.com

INSCRIPTION CAMP DE JOUR PRÉSCOLAIRE 2011-2012

Camp : 3 ans 4 ans 2 jours/semaine 3 jours/semaine 5 jours/semaine

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ **Sexe :** _____
jj / mm / aaaa

Adresse : _____

Ville : _____ **Province :** _____ **Code postal :** _____

Téléphone : (____) _____

Numéro d'assurance-maladie : _____ **Date d'expiration :** ____ / ____
aaaa / mm

Votre enfant a-t-il déjà consulté un psychologue, un orthophoniste, un ergothérapeute ou un autre spécialiste auparavant?

Non Oui

Spécifier : _____

S.V.P. joindre le ou les rapport(s) au formulaire d'inscription.

LANGUE MATERNELLE

Français Anglais

Autre : _____

LANGUE(S) PARLÉE(S) À LA MAISON

Français Anglais

Autre : _____

DESTINATAIRE(S) DU BULLETIN

Mère Père Tuteur/Tutrice

Autre _____

COORDONNÉES DES PARENTS OU TUTEURS

L'élève demeure avec : Père et mère Père Mère Garde partagée Tuteur/Tutrice

Père Tuteur

Nom : _____

Prénom : _____

Profession : _____

Adresse : _____

Ville : _____ **Province :** _____ **C. P. :** _____

Téléphone résidence : (____) _____

Téléphone travail : (____) _____ **Poste :** (____)

Cellulaire : (____) _____

Courriel : _____

Mère Tutrice

Nom : _____

Prénom : _____

Profession : _____

Adresse : _____

Ville : _____ **Province :** _____ **C. P. :** _____

Téléphone résidence : (____) _____

Téléphone travail : (____) _____ **Poste :** (____)

Cellulaire : (____) _____

Courriel : _____

Nom de la personne désirant le reçu de garde : _____

Numéro d'assurance sociale : _____

Destinataire(s) du bulletin : _____

URGENCE

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (autres que le père ou la mère)

Nom : _____ Nom : _____
 Prénom : _____ Prénom : _____
 Téléphone résidence : (____) _____ Téléphone résidence : (____) _____
 Autre numéro : _____ Poste : _____ Autre numéro : _____ Poste : _____
 Lien avec l'enfant : _____ Lien avec l'enfant : _____

FRAIS D'OUVERTURE DE DOSSIER

Veillez remettre un chèque de 50 \$ libellé au nom de : **ACADÉMIE TRIVIUM**. L'inscription ne sera valide qu'après paiement des frais d'ouverture de dossier et confirmation de l'admission de l'élève suite à la journée d'essai et à l'évaluation de son dossier par la direction. **S.V.P. ÉCRIRE LE NOM DE L'ENFANT SUR LE CHÈQUE.** (Frais d'ouverture de dossier non remboursables).

Je confirme que les renseignements qui précèdent sont exacts.

Signature : _____ Date : _____

 Père Mère Tuteur/Tutrice
À L'USAGE DE L'ADMINISTRATION – NE RIEN ÉCRIRE DANS CET ESPACE

Description du paiement : _____

Frais d'ouverture de dossier (50 \$): chèque comptant _____**Autre frais (500 \$):** chèque comptant _____**Frais de garde dîner :**
 1 jour 2 jours 3 jours 4 jours 5 jours
 (255 \$) (370 \$) (480 \$) (595 \$) (705 \$)
 chèque comptant _____**Montant à payer : _____**1^{er} versement : _____2^e versement : _____3^e versement : _____4^e versement : _____5^e versement : _____6^e versement : _____7^e versement : _____8^e versement : _____9^e versement : _____**Solde**

Frais : payables en 1 versement comptant chèque _____**Paiements mensuels :** _____ juil. _____ août _____ sept. _____ oct. _____ nov. _____ déc. _____ janv. _____ fév. _____ mars _____ avril _____ mai _____ juin _____

Rapport(s) de spécialiste(s) reçu(s) : _____
