



SYSTÈME MONTESSORI CHEZ DENYSE REGISTRATION FORM FOR _____ YEAR

Fiche D'inscription Système MONTESSORI Chez Denyse pour l'année _____

**1. SYSTÈME MONTESSORI CHEZ DENYSE-GARDERIE ÉDUCATIVE PRIVÉE GENERAL INFORMATION
REQUIRED FOR ADMISSION /Informations Général**

Nom et prénom de votre enfant/CHILD'S NAME: _____

Sex: M ___ F ___ **Citoyenneté/Citizen:** _____ **Date de naissance/date of birth:**
mois/month _____ **année/year:** _____ **jour/day:** _____

Adresse: _____ **ville/city:** _____
code postal/ postal code: _____

Téléphone: maison /home: _____ **cell:** _____

Langues parlées et comprises/ Languages spoken at home: _____

Numéro d'assurance maladie/ Medicare number: _____ **Date d'expiration/**
expiry date: _____

A l'école Système Montessori Chez Denyse les enfants doivent être propres pour être acceptés.

Children must be toilet trained before being accepted at Système Montessori Chez Denyse

Pièces que l'on doit joindre avec l'inscription/ Documents which must be included with registration:

1. **.Certificat de naissance (original) émis par le Directeur de l'état civil (grand format)**
The original birth certificate issued by the « Directeur de l'état civil" large format
2. **Un chèque de 70\$ par famille pour les formalités d'ouverture de dossier (non remboursable)**
A \$70. Registration fee (non refundable) made by cheque to Système Montessori Chez Denyse

Désirez-vous reçu pour les frais de gardes/ Do you require a tax receipt: oui/yes _____ **no:** _____

Nom/Name: _____ **N »A »S/S.I.N.** _____

2. Nombre de jours requis –jours de fréquentations/Number of days required:

Demi-journée/Half days: lundi: ___ mardi: ___ mercredi: _____ jeudi: _____ vendredi: _____

Journée complète/Full days: lundi: ___ mardi: _____ mercredi: _____ jeudi: _____ vendredi: _____

Date d'admission/Starting date: _____

**Système Montessori Chez Denyse
556 Chemin du Village Morin-Heights, QC J0R 1H0
(450) 226-8369 www.chezdenyse.com**



3. Identifications de ou des Personnes Responsable de l` enfant/ INDENTIFICATION of THE PERSONS RESPONSABLE FOR THE WELL BEING OF THE CHILD

Mère et Père/MOTHER/FATHER: _____

Mère/MOTHER: _____ Père/FATHER: _____ Tuteur/GUARDIAN: _____ Curateur/CURATOR: _____

Nom et prénom de la mère/Mother's Name: _____

Adresse : _____ Ville/City : _____

Code postal/Postal Code : _____

Occupation: _____ Courriel/email: _____

téléphone maison/home _____ cell : _____ autres/other : _____

Nom et prénom du Père/Father's name : _____

Adresse: _____ Ville/city: _____

Code postal/ postal Code: _____ occupation: _____ Courriel/email: _____

téléphone maison/home _____ cell : _____ autres/other : _____

4. Autres personnes autorisés à venir chercher votre enfant/Other persons authorized to pickup your child:

Nom/Name: _____ adresse: _____

Ville/City: _____ tel maison/home :

_____ cell : _____ Lien avec votre enfant/link to

child : _____

NOM/Name: _____ adresse: _____

Ville/City: _____ tél : _____ cell : _____

Lien avec votre enfant/Link with the child: _____

5. Personne à contacter en cas d` urgence/Who may we contact in case of an emergency?

Nom/Name: _____

Adresse: _____ Ville/City: _____

Tél: maison : _____ cell : _____

6. Données sur la santé & alimentation de votre enfant/ Information relative to your child's health:

Are there any medical concerns we should be aware of: _____



L'Enfant présente-il une maladie chronique qui nécessite une prise de médicaments quotidienne; si oui veuillez spécifiez/ Does your child suffer from a chronic medical condition which require daily medication, if yes please specify_____

L'Enfant fait-il des allergies à certains aliments ou certains produits alimentaires. Oui_ Non_____

Is your child allergic to any food or any other products yes: _____no:_____

If yes please specify: _____

Les vaccins de votre enfant sont –ils a jour: oui_____ non_____

Are your child's vaccinations up to date. _____ if not please specify:

Autorisation en cas d urgence/ In case of an emergency:

J'autorise le Système Montessori Chez Denyse à prendre les dispositions nécessaires relative à la sante de mon enfant (nom de l'enfant) :_____en cas d'urgence. Je consente, si mon enfant est malade à l'école, que moi ou une personne autorisée par moi, vienne chercher mon enfant à l'école dans un délai n'excèdent pas 45 minutes.

J'aimerais que le médecin traitant de l'enfant soit avisé : Nom du médecin :_____tél :_____Hôpital :_____Tél :_____

I authorize Système Montessori Chez Denyse to take all necessary dispositions relevant to the health of my child (name of child):_____ in case of an emergency. I agree that if my child becomes ill while at school, myself or someone authorized by me will pick up my child from the school within 45 minutes of being notified.

Signature: _____date:_____

I would like for my child's doctor to be notified:

Name of child's doctor: _____tel : _____

Hospital : _____tel : _____clinique : _____tel : _____

7. AUTORISATION DE SORTIE



Par la présente j'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par le Système Montessori Chez Denyse, tel que prendre une marche dans le quartier ou dans le bois, aller à la bibliothèque municipale, sortie éducationnel, etc. de plus je comprends qu'ils et obligatoire d'apporter le siège de voiture de mon enfant afin d'assurer la sécurité de mon enfant et de respecter le code de la sécurité routière s'il doit voyager en voiture.

I agree to let my child leave Système Montessori Chez Denyse and participate in various field trips like going to the municipal library, walks in the community or the woods and if there is the need to be transported by car I will provide my child with his/ her car seat .

SIGNATURE : _____

8. J'ai Reçu et lu la Régie Interne du Système Montessori Chez Denyse et j'accepte les conditions citées et je comprends que la méthode de paiement est mensuelle et se fait par chèque postdaté le premier jour de chaque mois de septembre à juin et que pour l'été il y a un camp d'été dont le coût est de 1230\$ pour 8 semaines ou 41.50\$ par jour. J'ai lu et accepte les procédures du contrat du Système Montessori Chez Denyse-Garderie Privée détenant un permis du MFA et petite école qui adhère aux principes de l'American Montessori Society.

I HAVE RECEIVED AND READ « LA REGIE INTERNE DU SYSTÈME Montessori Chez Denyse » which is a document regarding the school's admission requirements and I agree to abide by the conditions stated. I understand the payments are made by post-dated cheques from September to June dated the first of every month and that Chez Denyse offers a summer program for 8 weeks being \$1230.00 OR \$41.50 Per day.

Signature du père/Father's signature: _____ signature de la mère/Mother's Signature: _____

Date : _____

Informations Supplémentaires sur votre enfant/BACKGROUND INFORMATION REGARDING YOUR CHILD

1. Nom et âges des frère(s) et sœur(s)/ Name and ages of brothers and sisters

2. Changement majeur survenu dans la famille récemment/ Have you had any major changes in the family recently:



3. Votre enfant est-il habitué à être séparé de vous ? Est-ce qu'il a déjà été à une garderie/ What childcare experiences has your child had; is your child accustomed to being away from his\her parents:

4. Quelles sont les peurs & comment sont-elles contrôlées./ Does your child have any particular fears and how are they handled: _____

5. Brève description du comportement de votre enfant/ Please give a brief description of your child's character: _____

6. Information additionnelle qui pourrait aider les enseignantes à mieux connaître votre enfant/Additional information that may help the caregivers to know your child:
