**FORMULAIRE D’INSCRIPTION FAMILLE**

□ Nouveau membre □ Renouvellement **Catégorie de membre** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Numéro de membre :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Payé : □ Oui □ Non Reçu no. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ En date du \_\_\_\_ / \_\_\_\_/ \_\_\_\_ Certificat Cadeau no.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATION SUR LES ADULTES (\*Les renseignements demandés sont confidentiels et pour fin de subvention seulement)**

**\*\*\*Adulte 1 – Cochez (√)**

**Identification :** □ Mère □ Père □ Conjoint(e) □ Tuteur □ Autre spécifier\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

jour mois année

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :** | **Prénom :** |
| **Adresse :** | **Tél. maison : ( ) -** |
| **Ville :** | **Tél. travail : ( ) -** |
| **Code postal :** | **Courriel :** |

**Cochez (√)**

**État civil :** □ Marié (e) □ Conjoint (e) de fait □ Séparé ou divorcé(e) □ Veuf (ve) □ Célibataire

**Niveau de scolarité :** □ Primaire □ Secondaire non complété □ DEP secondaire non complété

□ Secondaire complété □ Collégial □ Universitaire

**Source de revenus :** En emploi : □ Temps partiel □ Temps plein □ Saisonnier et/ou contractuel

□ Sécurité du revenu □ Assurance-emploi □ Travailleur autonome

□ Congé parental□ Étude □ Aucun **Profession : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\*\*\*Adulte 2 – Cochez (√)**

**Identification :** □ Mère □Père □ Conjoint(e) □ Tuteur □ Autre spécifier\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

jour mois année

**Cochez si même adresse que l’adulte 1 :** □

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :** | **Prénom :** |
| **Adresse :** | **Tél. maison : ( ) -** |
| **Ville :** | **Tél. travail : ( ) -** |
| **Code postal :** | **Courriel :** |

**Cochez (√)**

**État civil :** □ Marié (e) □ Conjoint (e) de fait □ Séparé ou divorcé(e) □ Veuf (ve) □ Célibataire

**Niveau de scolarité :** □ Primaire □Secondaire non complété □ DEP secondaire non complété

□ Secondaire complété □ Collégial □ Universitaire



**Source de revenus : Cochez (√)**

En emploi: □ Temps partiel □ Temps plein □Saisonnier et/ou contractuel

□ Sécurité du revenu □Assurance-emploi □Travailleur autonome

□ Congé parental□ Étude □Aucun **Profession : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Quel est le revenu BRUT moyen TOTAL de la famille ? Cochez (√)**

□ moins de 10 000$ □ 25 000$ à 29 999$ □ 40 000$ à 49 999$ □ 70 000$ à 79 999$

□ 10 001$ à 19 999$ □ 30 000$ à 34 999$ □ 50 000$ à 59 999$ □ 80 000$ et plus

□ 20 000$ à 24 999$ □ 35 000$ à 39 999$ □ 60 000$ à 69 999$

**Type de famille :** □ Biparentale □ Monoparentale-Mère □ Monoparentale-Père □ Recomposée

**Comment avez-vous entendu parler de La Maison de la Famille du Nord? Cochez (√)**

□ Journaux □ Publicité □ Ami (e) □ Centre de santé des Sommets □ Commission scolaire

□ Par un organisme, lequel? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Autre lequel? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Depuis quand êtes-vous dans la région? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Quels sont vos intérêts à la MDFN? Cochez (√)**

□ Répit □ Créer des liens avec d’autres parents □ Socialisation des enfants □ Trucs, conseils, soutien

□ Stimuler le développement de l’enfant □ Bénévolat □ Autre lequel? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

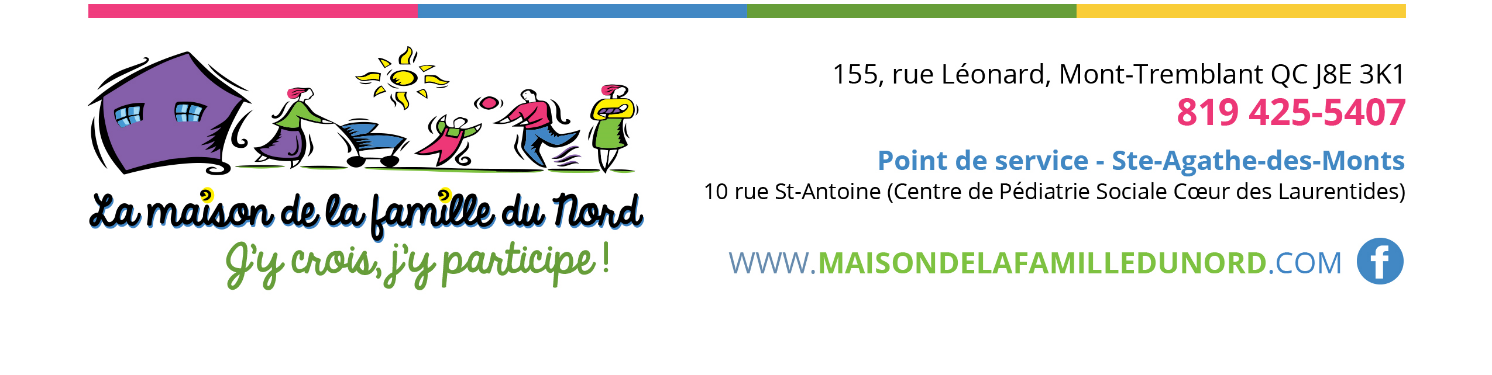
**INFORMATION SUR LES ENFANTS (\*Les renseignements demandés sont confidentiels et pour fin de subvention seulement)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM** | **PRÉNOM** | **SEXE** | **DATE DE NAISSANCE** | **ÂGE** | **# ASSURANCE-MALADIE** | **MÊME ADRESSE QUE ADULTE 1 OU ADULTE 2?** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |

**\*\*\*Si plus de cinq enfants joindre une autre feuille**

Est-ce qu’un de vos enfants prend de la médication de façon régulière? Si oui, inscrivez le nom de votre enfant et son médicament.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



Est-ce qu’un de vos enfants souffre d’allergie(s) (aliments, animaux, etc.) ? **Cochez (√)**

O Oui O Non

Inscrivez le nom de votre enfant et son allergie.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il un auto-injecteur ex :épipen ? **Cochez (√)**

O Oui O Non

Autre que le parent, personne(s) autorisée(s) à venir chercher l’enfant (en cas d’urgence)

|  |  |
| --- | --- |
| **Personne (1)** | **Personne (2)** |
| **Nom :** | **Nom :** |
| **Prénom :** | **Prénom :** |
| **Tél. rés. :** | **Tél. rés. :** |
| **Tél. travail :** | **Tél. travail :** |
| **Lien :** | **Lien :** |

|  |
| --- |
| Je désire que vous m’inscriviez à votre INFOLETTRE et j’accepte que la MFDN me contacte par courriel afin de recevoir les nouvelles et la programmation? □ OUI □ NON |

**J’autorise « La Maison de la Famille du Nord » à utiliser des photos de mon ou mes enfants ainsi que de notre famille pour des fins de promotion lors de campagne de financement, dans les médias, infolettre, de kiosque d’information, de la page Facebook, d’affiche à la MFDN, site WEB ou autres.**  □ **Oui** □ **Non**

**\* \* \* Carte de membre non remboursable : Initiales parent : \_\_\_\_\_\_\_**

En tant que membre, je m’engage à :

* Respecter le Code de vie de la MFDN. Advenant que le code de vie n’est pas respecté, la MFDN se verra dans l’obligation de vous refuser aux activités.
* Voir au bon fonctionnement de l’ensemble de la MFDN, afin que la mission, les valeurs et les façons de faire soient respectées.
* Initiales (membre ou répondant): \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Signature du parent :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Initiales de l’employé(e)** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Réservé à l’administration** |
| Valide jusqu’ au 31 août \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mise à jour le2021-10-14 |

