

# 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 (v)

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 (v)

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 (v)

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 (v)

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



155, rue Léonard, Mont-Tremblant QC J8E 3K1

819 425-5407

Point de service - Ste-Agathe-des-Monts

10 rue St-Antoine (Centre de Pédiatrie Sociale Cœur des Laurentides)

WWW.MAISONDELAFAMILLEDUNORD.COM

**Source de revenus : Cochez (v)**

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 (v)**

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 (v)**

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 (v)**

Répît  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.

---



---



---



---



155, rue Léonard, Mont-Tremblant QC J8E 3K1  
**819 425-5407**

**Point de service - Ste-Agathe-des-Monts**  
 10 rue St-Antoine (Centre de Pédiatrie Sociale Cœur des Laurentides)

[WWW.MAISONDELAFAMILLEDUNORD.COM](http://WWW.MAISONDELAFAMILLEDUNORD.COM)

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

Oui  Non

Inscrivez le nom de votre enfant et son allergie.

---

---

---

---

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

Oui  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 le 2022-02-03



155, rue Léonard, Mont-Tremblant QC J8E 3K1

**819 425-5407**

**Point de service - Ste-Agathe-des-Monts**

10 rue St-Antoine (Centre de Pédiatrie Sociale Cœur des Laurentides)

[WWW.MAISONDELAFAMILLEDUNORD.COM](http://WWW.MAISONDELAFAMILLEDUNORD.COM)

