



715, rue Priestman
Fredericton, N.B. E3B 5W7

(506) 458-9915
(506) 457-9120

info@apmf.ca
www.apmf.ca

FORMULAIRE D'INSCRIPTION PROGRAMME AVANT-CLASSE

ENFANT

Nom de l'enfant : _____
Nom de famille Prénom Âge

Adresse postale : _____

Date de naissance : _____
Jour / mois / année

Est-ce que votre enfant souffre d'une incapacité physique? Oui Non

Si oui laquelle? _____

No d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____

Nom du médecin : _____ No de téléphone : _____

ALLERGIES : INDIQUEZ LES ALLERGIES DE VOTRE ENFANT

PARENTS

Parent 1 _____ Téléphone : _____
Nom Prénom

Cellulaire : _____

Bureau : _____

Courriel : _____

Parent 2 _____ Téléphone : _____
Nom Prénom

Cellulaire : _____

Bureau : _____

Courriel : _____

Veillez noter qu'une facture vous sera envoyée à la fin de chaque mois pour couvrir le nombre de fois que votre enfant a assisté au programme. **LE COÛT DU PROGRAMME EST DE 3.50 \$ PAR MATIN.**

Signature du parent ou tuteur : _____ Date : _____