



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

Père \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Nom Prénom

Cellulaire : \_\_\_\_\_

Bureau : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Mère \_\_\_\_\_ 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 \$ PAR MATIN.**

Signature du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_