

Nom de l'enfant Child's name			Date de naissance Date of birth	
			Langue première First language	
Degré de connaissance du français* Knowledge in French	Parle et comprend le français – speaks and understands French <input type="checkbox"/> Comprend mais ne parle pas le français – Understands but doesn't speak French <input type="checkbox"/> Aucune connaissance du français – no knowledge of French <input type="checkbox"/>			
Sexe - Sex	<input type="checkbox"/> féminin - feminin <input type="checkbox"/> masculin -masculin			
Garde primaire de l'enfant Primary caregiver*	mère – mother <input type="checkbox"/>	père - father <input type="checkbox"/>	les deux - both <input type="checkbox"/>	
*Parents séparés ou divorcés légalement. Veuillez Inclure de jugement de la cour pour la garde des enfants (ce document restera confidentiel) *Divorced or Legally Separated Parents. Please include court judgment for child custody (this document will remain confidential)				
<b>Adresse principale de l'enfant – Principal address for the child</b>				
Adresse – Address			Unité/Apt.	
Ville - City			Téléphone (maison) Home phone #	
Code postal Postal code				
<b>Adresse secondaire (parents séparés): secondary address for divorced parent</b>				
<b>Coordonnées téléphoniques et de courriel des parents – contact information phone and email</b>				
Nom de la mère – Mother's name			Téléphone (travail) Work phone	
Courriel - Email			Cellulaire – cell #	
Langue de communication – first language	<input type="checkbox"/> Français - French <input type="checkbox"/> Anglais -English <input type="checkbox"/> Autre: (spécifier) Other, specify : _____			
Nom du père – Father's name			Téléphone (travail) Work phone	
Courriel – Email			Cellulaire- cell #	
Langue de communication-first language	<input type="checkbox"/> Français - French <input type="checkbox"/> Anglais -English <input type="checkbox"/> Autre: (spécifier) Other, specify : _____			
<b>Service désiré – choisir une option seulement / desired service – choose one option only</b>				
<input type="checkbox"/> Prématernelle 8h à 2h uniquement ( gratuit) / Pre-primary 8h-2h only ( free)				
<input type="checkbox"/> Prématernelle + avant l'école seulement /Pre-primary + before school only 7h-8h \$				
<input type="checkbox"/> Prématernelle + après l'école seulement /Pre-primary + after school only \$				
<input type="checkbox"/> Prématernelle + avant <u>ET</u> après l'école / Pre-primary + before <u>AND</u> afterschool \$				

<b>Diner / lunch - choisir une option seulement / desired service – choose one option only</b>			
<input type="checkbox"/> mon enfant apportera son dîner / my will bring his own lunch <input type="checkbox"/> Je desire payer pour un dîner / I would like to pay for lunch \$			
<b>Subvention – subsidy ( disponible pour avant et après l'école -available for before and after school )</b>			
Pour plus d' information – for more information <a href="http://www.ednet.ns.ca/earlyyears/families/childcaresubsidy.shtml">http://www.ednet.ns.ca/earlyyears/families/childcaresubsidy.shtml</a>			
Recevez-vous une subvention du ministère de l'éducation et du développement de la petite enfance ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Are you receiving a childcare subsidy from the Dept of Education & Early childhood Development? yes <input type="checkbox"/> no			
<b>Personnes à contacter en cas d'urgence (autre que les parents, ex. grands-parents, oncle, tante, voisin, amis)</b>			
<b>Emergency contact – other than parent ( grandparents, Neighbors, uncle, friends)</b>			
1. Nom – name		Téléphone (jour) Work ( day)	
Lien de parenté - Relationship		Cellulaire Cell #	
2. Nom – name		Téléphone (jour) Work ( day)	
Lien de parenté - Relationship		Cellulaire Cell #	
<b>Personnes autorisées à venir chercher mon enfant avec avis préalable (autre que les parents ex. grands-parents, oncle, tante, voisin, amis)</b>			
<b>Authorized person to pick up my child with prior notice (other than parents e.g. grandparents, uncle, aunt, neighbor, friends)</b>			
1. Nom - Name		Lien de parenté Relationship	
2. Nom -name		Lien de parenté Relationship	
<b>Informations médicales – Medical information</b>			
Nom du médecin – Doctor's name		Téléphone – Phone number	Adresse complète Complete address:
No d'assurance santé Health card #		Date d'expiration Expiration date	
Allergies (précisez) Allergie ( specify):			
Epipen : oui -yes <input type="checkbox"/> non - no <input type="checkbox"/>			
Restrictions alimentaires – Food restrictions oui -yes <input type="checkbox"/> non- no <input type="checkbox"/> (précisez - specify) : <i>Une rencontre devra être prévue avant l'entrée de l'enfant afin de discuter des adaptations possibles.</i> <i>A meeting will be scheduled prior to the child's entry to discuss possible adaptations.</i>			
Intolérances alimentaires (précisez) Food intolerance ( specify)			

**Besoins particuliers – Special Needs**

<p>Est-ce que votre enfant a un suivi particulier? Does your child require follow up ?</p> <p>Si oui, veuillez préciser les champs suivants – If so, specify the following field :</p>	1) Diagnostic - Diagnostic:
	2) Trouble de la communication - Communication disorder:
	3) Déficience visuelle – Visual disorder :
	4) Déficience physique - Physical disorder:
	5) Déficience intellectuelle - Intellectual disorder :
	6) Médicament - medication :
	7) Instructions spéciales – special instruction :

Note : nous évaluerons nos ressources disponibles en vue de répondre aux besoins de votre enfant avant de l'accepter au sein de nos services. Note: We will evaluate our resources available to meet the needs before accepting a child within our services.

**Admissibilité à l'école francophone (Veuillez apposer vos initiales dans les deux boîtes)**  
**School eligibility (please initial both box)**

	<p>Je confirme par la présente avoir pris connaissance des critères d'admissibilité des écoles francophones du CSAP, d'avoir rempli et envoyé le formulaire à cet effet. Je comprends que si la réponse du CSAP s'avère négative, je devrai alors retirer mon enfant du programme immédiatement suivant cette réponse.</p> <p><a href="http://www.petitvoilier.ca/criteres-dadmissibilite/">http://www.petitvoilier.ca/criteres-dadmissibilite/</a> remplissez l'un des documents d'admissibilité ci-joint</p> <p>I hereby confirm that I have read and understood the eligibility criteria of the Francophone Schools of the CSAP, I have completed and sent the form at this effect. I understand that if the CSAP's response is negative, I will have to withdraw my child from the pre-primary program immediately after that response.</p> <p><a href="http://www.petitvoilier.ca/en/eligibility/">http://www.petitvoilier.ca/en/eligibility/</a> Fill one of the eligibility form attached</p>
	<p>Je suis conscient que le fonctionnement du programme de prématernelle est fait en partenariat avec le CSAP. Dans le but de faciliter la transition des enfants vers la maternelle, j'autorise le CPE Le Petit Voilier de partager les informations concernant les besoins de mon enfant.</p> <p>I am aware that the pre-primary program is offer in partnership with the CSAP. In order to facilitate the transition of children to kindergarten, I authorize the CPE Le Petit Voilier to share information concerning the needs of my child.</p>

**Signature**

Signature des parents * Parent Signature	X	Date	
	X	Date	

**\*pour les parents divorcés ou séparés ayant la garde partagée, les deux parents doivent signer le document d'inscription**  
**\*For divorced or separated parents with shared custody, both parents must sign the enrollment document**

--

Pour fins d'administration seulement				DATE D'ENTRÉE :		
Nouveau <input type="checkbox"/>	Changement <input type="checkbox"/>	1 <sup>er</sup> <input type="checkbox"/>	2 <sup>e</sup> + <input type="checkbox"/>	Autres enfants :		Subvention <input type="checkbox"/>
Programme	Prématernelle seulement <input type="checkbox"/>	Prématernelle + AM <input type="checkbox"/>	Prématerelle + PM <input type="checkbox"/>	Prématernelle + AM et PM <input type="checkbox"/>	DINER <input type="checkbox"/>	
Centre	Bedford <input type="checkbox"/>	Pavillon <input type="checkbox"/>	Halifax <input type="checkbox"/>	Beaubassin <input type="checkbox"/>	Sommet <input type="checkbox"/>	Grand-Portage <input type="checkbox"/>
Dossier archivé oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			Parents archivés oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Liste d'attente oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	