

Formulaire d'inscription 2020-2021

Centre de ressources
pour les familles
des militaires
Région de Montréal



Military Family
Resource
Centre
Montreal Region

Tous les renseignements personnels fournis au présent formulaire servent en cas d'incident à assurer la sécurité des utilisateurs de nos services. De plus, ces informations permettent au CRFM d'avoir le profil des utilisateurs des services offerts aux jeunes, d'informer la famille des activités offertes et de solliciter leur participation pour la planification et l'évaluation des services.

Renseignements sur l'enfant

Nom :	Prénom :
Adresse :	Code postal :
Ville :	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :	
Adresse courriel du parent :	
Langue maternelle :	Langues parlées :

Je suis conscient qu'en n'inscrivant pas mon adresse courriel je ne recevrai pas les informations pertinentes du CRFM de la région de Montréal. Je m'engage à récupérer les informations sur la page Facebook ou sur le site CAFconnection.ca.

Urgence – En cas d'urgence, nous devons joindre (numéro de cellulaire si possible).

Nom du 1 ^{er} parent :	Téléphone #1 :	Téléphone #2 :
Nom du 2 ^e parent :	Téléphone #1 :	Téléphone #2 :
Nom d'une 3 ^e personne :	Téléphone #1 :	Téléphone #2 :
Lien avec l'enfant :		

Personnes autorisées à venir chercher votre enfant (autre que les parents)

Nom:	Téléphone #1 :	Téléphone #2 :
Lien avec l'enfant :		
Nom:	Téléphone #1 :	Téléphone #2 :
Lien avec l'enfant :		
Est-ce que votre enfant est autorisé à quitter seul le CRFM? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, à partir de quelle heure :		

Informations sur le parent militaire

Nom:	
Lien avec l'enfant :	
Matricule :	
Veuillez sélectionner la classe du militaire : <input type="checkbox"/> Régulière <input type="checkbox"/> Réserve <input type="checkbox"/> Vétéran <input type="checkbox"/> Vétéran libéré pour la raison médicale	

Informations médicales

Numéro d'assurance maladie :	Expiration
Votre enfant souffre-t-il d'allergies (alimentaire, animaux, médicaments, autres) ? oui non	
Si oui, précisez :	
Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Épipen, Ana-kit, Twinject, Allerject) en raison de ses allergies? Oui Non	
À signer si votre enfant a une dose d'adrénaline Par la présente, j'autorise le personnel du CRFM région de Montréal à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant.	
Signature : _____	Date : _____
Votre enfant souffre-t-il de maux et/ou de maladies (asthme, diabète, épilepsie, migraine, autre) ? oui Non	
Si oui, précisez:	
Votre enfant a-t-il des besoins particuliers ? (trouble du langage, hyperactivité, TDAH, opposition, etc.) oui Non	
Si oui, précisez :	

J'ai pris connaissance de la politique de prestation des services 0-17 ans du CRFM de la région de Montréal disponible sur le portail dans la section jeunesse.

Signature du parent : _____

Date : _____

Merci de retourner votre formulaire complété au info.crfm@forces.gc.ca au moins 48 heures avant le début de votre activité.

