



Nom de l'enfant \_\_\_\_\_  
 Child's name \_\_\_\_\_  
 Nom/Surname \_\_\_\_\_ Prénom/Given name \_\_\_\_\_

Date de Naissance \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_  
 Date of Birth \_\_\_\_\_ Année/Year \_\_\_\_\_ Mois/Month \_\_\_\_\_ Date/Day \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_

Nom de la mère \_\_\_\_\_  
 Mother's name \_\_\_\_\_  
 Nom/Surname \_\_\_\_\_ Prénom/Given name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_  
 Rue/Street \_\_\_\_\_ Ville/City \_\_\_\_\_ Code Postal/Postal Code \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_  
 Telephone \_\_\_\_\_  
 Maison/Home \_\_\_\_\_ Emploi/Business \_\_\_\_\_ Cellulaire/Cel \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
 Occupation \_\_\_\_\_

Nom et adresse de la compagnie \_\_\_\_\_  
 Name and address of employer \_\_\_\_\_

Nom du père \_\_\_\_\_  
 Father's name \_\_\_\_\_  
 Nom/Surname \_\_\_\_\_ Prénom/Given name \_\_\_\_\_

Adresse (si différent) \_\_\_\_\_  
 Address (if different) \_\_\_\_\_  
 Rue/Street \_\_\_\_\_ Ville/City \_\_\_\_\_ Code Postal/Postal Code \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_  
 Telephone \_\_\_\_\_  
 Maison/Home \_\_\_\_\_ Emploi/Business \_\_\_\_\_ Cellulaire/Cel \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
 Occupation \_\_\_\_\_

Nom et adresse de la compagnie \_\_\_\_\_  
 Name and address of employer \_\_\_\_\_

Nom et Numéro d'Assurance Sociale de la Personne recevant le reçu d'impôt :  
 Name and Social Insurance Number of the person who is to receive the Income Tax Receipt:

Nom/Name \_\_\_\_\_ N.A.S./S.I.N. \_\_\_\_\_

Date d'Inscription _____ Date of Registration	Date du commencement _____ Starting date
Heure de l'arrivée à l'école _____ Time of arrival at school	Heure de départ _____ Time of departure

For part-time programs please circle your choice of days (subject to availability):  
 Pour les programmes a temps partiel, veuillez encercler les jours préférés (sujet à changements):

lundi Monday      mardi Tuesday      mercredi Wednesday      jeudi Thursday      vendredi Friday

(For office use)

Program : \_\_\_\_\_  
 Classe \_\_\_\_\_  
 Attention : \_\_\_\_\_  
 Remarques \_\_\_\_\_

## Information sur la santé de l'enfant

## Information on the child's health

Numéro d'assurance maladie \_\_\_\_\_ Date d'expiration \_\_\_\_\_  
Child's medicare number \_\_\_\_\_ Expiry date \_\_\_\_\_

Allergies \_\_\_\_\_  
Allergies \_\_\_\_\_

Conditions médicales \_\_\_\_\_  
Are there any other medical concerns we should be aware of? \_\_\_\_\_

Les vaccins de votre enfant sont-ils à jour? \_\_\_\_\_ Si non, spécifiez \_\_\_\_\_  
Are your child's vaccinations up to date? \_\_\_\_\_ If no, please specify \_\_\_\_\_

Nommez les mets qu'il ne doit pas manger \_\_\_\_\_  
Is there any food your child is not permitted to eat? \_\_\_\_\_

Médecin de l'enfant \_\_\_\_\_  
Name of child's doctor \_\_\_\_\_ Nom/Name \_\_\_\_\_ Téléphone/Telephone \_\_\_\_\_

## Autres informations

## General Information

Langues parlées à la maison \_\_\_\_\_  
Languages spoken at home \_\_\_\_\_

Combien avez vous d'enfants? \_\_\_\_\_ Dates de naissance \_\_\_\_\_  
How many children do you have \_\_\_\_\_ Dates of birth \_\_\_\_\_

**En cas d'urgence donnez le nom d'une personne de confiance autre que les parents** \_\_\_\_\_  
**In case of emergency, who can be notified if we are unable to reach the parents?** \_\_\_\_\_ \*

Nom \_\_\_\_\_ Lien \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_  
Telephone \_\_\_\_\_

## Veillez lire attentivement

## Please read the following carefully

*J'autorise l'École Montessori de Pointe-Claire à prendre les dispositions nécessaires relativement à la santé de mon enfant, en cas d'urgence. Je consente, si mon enfant est malade à l'école, que moi-même ou une personne autorisée par moi, vienne chercher mon enfant à l'école dans un délai n'excédant pas 45 minutes. / I authorize the Montessori School of Pointe Claire to take all necessary dispositions relevant to the health of my child, in case of emergency. I agree that if my child becomes ill while at school, myself or someone authorized by me will pick up my child from the school within 45 minutes of my being notified.*

*J'ai reçu et lu une copie des "Exigences d'admission et réglementation" de l'école et j'accepte les conditions citées. Je comprend et j'accepte que mon enfant ne doit fréquenter l'école que pendant les journées pour lesquelles il est inscrit. Par conséquent, une journée ne peut pas être échangée pour une autre. De plus, les frais de scolarité doivent être payés, même si l'enfant n'est pas à l'école durant les journées pour lesquelles il est inscrit. / I have received and read a copy of the school « Admission Requirements and Regulation and I agree to abide by the conditions stated therein. I understand and accept that days are not transferable, that is, the child may attend only on the days for which he/she is registered. Also, the full fee is due and payable whether the child attends on the agreed days or not.*

*Je accepte que mon enfant participe aux promenades à pied et aux sorties au parc, supervisées, dans le secteur avoisinant. / I consent to my child going on supervised walks or outings to the parks in the neighborhood of the school.*

*J'autorise à l'école de donner mon numéro de téléphone aux autres parents de la classe de mon enfant (seulement) lors des fêtes des enfants. / I permit the school to give my telephone number to other parents of my child's class for birthday parties (only).*

Signature du père \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_\_  
Father's signature \_\_\_\_\_

Signature de la mère \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_\_  
Mother's signature \_\_\_\_\_

Ecole Montessori de Pointe-Claire / Montessori School of Pointe Claire  
116 ave Sunderland, Pointe Claire, Quebec, Canada H9R 1L2  
Telephone : (514) 697-3792 Fax : (514) 697-8164

montessoripteclair@videotron.ca  
[www.montessoripc.com](http://www.montessoripc.com)



Child's name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Surname First name day month year

Name that you usually call the child by \_\_\_\_\_

Allergies: Food \_\_\_\_\_  
Other \_\_\_\_\_

Action to take for allergies: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Other than allergies, are there any dietary restrictions (food the child is not permitted to eat) give details \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Are there any special medical concerns, other than allergies? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Languages spoken at home \_\_\_\_\_

Names and ages of siblings \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Have you had any major changes in the family recently? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

What childcare experiences has your child had; is he/she accustomed to being away from his/her parents? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Does your child have any particular fears, and how are they handled? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Please give a brief description of your child's character \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Additional information that may help the caregivers to know your child \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Nom de L'enfant \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Nom Prénom jour mois année

Nom usuel de l'enfant \_\_\_\_\_

Allergies: Nourriture \_\_\_\_\_  
Autre \_\_\_\_\_

Mesures à prendre pour les allergies \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Outre que les allergies y a-t'il d'autres restrictions alimentaires (nourriture que l'enfant n'a pas la permission de manger) énumérer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autre information concernant la santé de votre enfant \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Langue(s) parlée(s) à la maison \_\_\_\_\_

Nom et âge des frère(s) et sœur(s) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Changement majeur survenu dans la famille récemment? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Votre enfant est-il habitué à être séparer de vous? Est-ce qu'il a déjà été à une garderie? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quelles sont ses peurs et comment sont-elles contrôlées? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Brève description du comportement de l'enfant \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Information additionnelle qui pourrait aider les enseignantes à mieux connaître votre enfant \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**PICK UP AUTHORIZATION FORM**  
**FORMULAIRE D'AUTORISATION**

Child's name \_\_\_\_\_ Date of birth \_\_\_\_\_

Nom de l'enfant \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

<b>Name/Nom</b>	<b>Relationship Parenté</b>	<b>Home Phone Tel. Maison</b>	<b>Work Phone Tel. Bureau</b>	<b>Cell</b>	<b>Signature of person Signature de la personne</b>
	Mother Mère				
	Father Père				

I authorize the persons listed above, and only those persons, to pick up my child from the Montessori School of Pointe Claire. The persons above have my authorization to pick up my child from the School at any time and without further notice to the School from myself.

J'autorise les personnes seulement mentionnées ci haut à pouvoir amener avec elles mon enfant de l'École Montessori sans aucun autre préavis. Ayez une pièce d'identification à la portée de la main lorsque vous venez chercher l'enfant.

Signature of parent \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature du parent \_\_\_\_\_

Note: Please let the people on this list know that they may be required to present their **identification** when picking up the child.