



L'Arbre de Connaissance / The Learning Tree Demande d'Admission / Application for Admission

Date de début désirée: _____ 5 jours | 3 jours | 2 jours | Tot Start
 (Disponible seulement pour enfants de 18 mois à 3 ans)

Date de visite désirée: _____

Comment avez-vous entendu parler de L'Arbre de Connaissance ? _____

Nom de l'enfant: _____ Sexe: _____ Date de naissance: _____

Adresse: _____ Ville: _____ Code Postal: _____

Restrictions médicales, maladies, allergies, diète spécial (spécifier): _____

Avez-vous des souçis concernant des difficultés d'apprentissage ou motrices? (spécifier) : _____

Nom du père: _____ Adresse courriel : _____

Tél. Cellulaire: _____ # Tél. maison: _____ # Tél. Bureau: _____

Nom de la mère: _____ Adresse courriel : _____

Tél. Cellulaire: _____ # Tél. maison: _____ # Tél. Bureau: _____

+++++

Desired Start Date : _____ 5 Days | 3 days | 2 days | Tot Start
 (Available only from 18 mths to 3 years)

Desired visiting date: _____

How did you hear about us? _____

Child's Name: _____ Sex: _____ Date of Birth: _____

Home Address: _____ City : _____ Postal Code: _____

Medical Restrictions, Illnesses, Allergies, Special Diets (specify): _____

Do you have any concerns regarding learning or gross/fine motor disabilities? (specify): _____

Father's Name: _____ E-Mail Address : _____

Cell #: _____ Home#: _____ Bus.Tel.#: _____

Mother's Name: _____ E-Mail Address : _____

Cell #: _____ Home#: _____ Bus.Tel.#: _____

Signature

Date