



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

Date de début 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 soucis 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 : \_\_\_\_\_

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