



## DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LISTE D'ATTENTE

### INSTRUCTIONS POUR LES DEMANDES

Veillez remplir et envoyer cette demande d'inscription sur liste d'attente, ainsi qu'une confirmation de votre inscription à notre liste d'attente sur LaPlace0-5 par courriel à [admissions@academiedelenfance.com](mailto:admissions@academiedelenfance.com). Si vous ne recevez pas de réponse automatique par courriel après avoir soumis votre demande d'inscription sur la liste d'attente, veuillez vérifier l'adresse électronique à laquelle vos documents ont été envoyés.

Veillez noter que l'envoi d'un formulaire de demande de liste d'attente ne garantit pas une place dans notre programme. Dès qu'une place se libère pour le groupe d'âge de votre enfant, un membre de notre équipe vous contactera par courriel. En général, de nouvelles places se libèrent dans le programme chaque année pendant les mois d'été (de juin à août), mais il est toujours possible qu'une place se libère plus tôt. Si une place se libère plus tôt dans le groupe d'âge de votre enfant, un membre de notre équipe vous contactera directement.

### INFORMATIONS SUR L'INSCRIPTION

Date de la demande (mm/jj/aaaa) :	Date de début souhaitée (mm/jj/aaaa) :
Emplacement préféré: <b>Veillez indiquer tous les établissements pour lesquels vous souhaitez vous inscrire sur la liste d'attente. En raison de la forte demande, nous vous recommandons de choisir toutes les écoles préscolaires auxquelles vous souhaitez vous inscrire afin d'augmenter vos chances de sélection.</b>	
<input type="checkbox"/> ADE Laval <input type="checkbox"/> ADE Rive Nord <b>*Nouvel emplacement bientôt disponible!</b> <input type="checkbox"/> ADE Ouest de l'île <b>*Nouvel emplacement bientôt disponible!</b>	
Type de programme :	
<input type="checkbox"/> Programme d'exploration des poupons (0-18 mois) <b>*Bientôt disponible à ADE Rive Nord et ADE Ouest de l'île !</b>	
<input type="checkbox"/> Programme des petits apprenants (18-36 months)	
<input type="checkbox"/> Programme de prématernelle (36-60 mois)	
Horaire souhaité: <b>Indiquez votre horaire de présence préféré. Veillez noter qu'en raison de la forte demande du programme, l'inscription à temps plein est prioritaire. L'inscription à temps partiel (moins de 5 jours par semaine) n'est pas garantie et dépend des disponibilités.</b>	
<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	

### INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Prénom:	Nom de famille:
DDN (MM/JJ/AA) :	SexE <input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle
Téléphone:	Courriel:



Adresse (n° rue, ville, code postal):

Langues (parlées à la maison):

### INFORMATION DU PARENT OU DU GARDIEN

Parent / Gardien #1 - Prénom :	Parent / Gardien #1 - Nom de famille :
Parent / Gardien #1 - Téléphone :	Parent / Gardien #1 - Courriel :
Parent / Gardien #1 - Adresse (# rue, ville, code postal) :	
Parent / Gardien #2 - Prénom :	Parent / Gardien #2 - Nom de famille :
Parent / Gardien #2 - Téléphone :	Parent / Gardien #2 - Courriel :
Parent / Gardien #2 - Adresse (# rue, ville, code postal) :	

### INFORMATIONS SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Communique verbalement: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En développement	Marche de façon indépendante: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En développement
L'apprentissage de la propreté: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En développement	Mange / boit de façon indépendante: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En développement
A déjà fréquenté une garderie ou une école préscolaire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nécessite une période de séparation progressive entre parent et enfant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Incertain
Besoins particuliers ou autre diagnostic clinique? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Si oui, veuillez préciser:	
Thérapies ou interventions cliniques antérieures ou actuelles? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Si oui, veuillez préciser:	
L'enfant a-t-il besoin d'un soutien individuel dans le cadre d'un groupe? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Incertain	
Informations ou commentaires importants sur le développement de l'enfant:	