



**COTISATION ANNUELLE 2017 : S.A.T.L. -30\$-**  
**S.V.P. Retournez avec chèque libellé au nom de S.A.T.L.**  
 Au : 2285, Ave Francis-Hughes, suite 200, Laval (Qc) H7S 1N5  
 (Résidents de LAVAL SEULEMENT)



**Responsable légal de l'enfant :**

- Mère                       Famille d'accueil  
 Père                         Institution  
 Mère et père

**Langue utilisée à la maison :**

- Français compris :  oui  non  
 Anglais compris :  oui  non

**Responsable de l'enfant :**

Prénom : \_\_\_\_\_  
 Nom de famille : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Pagette : \_\_\_\_\_  
 Cellulaire : \_\_\_\_\_

**Renseignement sur l'enfant :**

Sexe :  féminin  masculin

**Vit avec :**

- Mère                                       Famille  
 Père                                         Institution  
 Mère et père

**Correspondance de Préférence :**

**Courrier** \_\_\_\_\_ ou **Courriel** : \_\_\_\_\_

**Mère :**

Prénom : \_\_\_\_\_  
 Nom de famille : \_\_\_\_\_  
 Nom à la naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Quartier : \_\_\_\_\_  
 Ville : Laval  ou \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Tél. domicile : \_\_\_\_\_  
 Tél. travail : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_

Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_  
 Nom de famille : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Téléphone même que le responsable   
 ou \_\_\_\_\_

**Père :**

Prénom : \_\_\_\_\_  
 Nom de famille : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Quartier : \_\_\_\_\_  
 Ville : Laval  ou \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Tél. domicile : \_\_\_\_\_  
 Tél. travail : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_

**Diagnostic posé :**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Par qui? : \_\_\_\_\_

De quelle institution : \_\_\_\_\_

**École ou institution fréquenté :**

Nom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_

**Nom du CLSC donnant les services :**

\_\_\_\_\_

**Nom de personne en charge du dossier :**

\_\_\_\_\_

**Autres renseignements :**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Frères et sœurs :**

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_

**Adressez le courrier à :**

\_\_\_\_\_

**Année d'adhésion :**

\_\_\_\_\_

**Mois de renouvellement :**