



INSCRIPTION 2024

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

(À RETOURNER)



Date du ou des séjour(s) : _____

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Code Postal: _____

Tél.: () _____ Cellulaire : () _____

Adresse de retour des documents : même si différente : _____

Nom du père ou mère _____ Téléphone () _____

Ou Tuteur (trice) _____ Téléphone () _____

Nom du responsable à la résidence: _____ Téléphone () _____

Responsable à la curatelle: _____ Téléphone () _____ poste _____

Ce document a été complété par: Parent Médecin Tuteur Autre spécifiez _____

Complété le ____/____/____ Éducateur Intervenant Travailleur Social

Avec quel Centre de Réadaptation faites-vous affaire :

C.R.D.I. Montréal. tél. : () _____ poste _____ Personnes ress. : _____

DIVISION : _____ no de fax ou courriel : _____

C.R.D.I. Laval. tél. : () _____ poste _____ Personnes ress. : _____

Normand Laramé tél. : () _____ Personnes ress. : _____

Lisette Dupras tél. : () _____ poste _____ Personnes ress. : _____

L'Intégrale tél. : () _____ Personnes ress. : _____

Le Flores tél. : () _____ Personnes ress. : _____

Autres : tél. : () _____ Personnes ress. : _____

Indiquer # de poste s'il y a lieu : _____ Spécifiez si autres : _____

Veuillez indiquer le numéro du Cadre de garde de nuit s'il y a lieu : _____

*** IMPORTANT * COORDONNÉES DE DEUX PERSONNES À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE :**

1) NOM : _____ 2) NOM : _____

TÉLÉPHONE : _____ Téléphone : _____

Travail : _____ Travail : _____

Cellulaire : _____ Cellulaire : _____

Lien avec le campeur : _____ Lien avec le campeur : _____

ADRESSE DE RETOUR DE LA FACTURE :

Adresse : _____

Ville : _____ Prov : _____ C.P. _____

TÉLÉPHONE : _____ Personne ressource: _____

IMPORTANT : # de dossier à la curatelle s'il y a lieu : _____