



Association Cigogne
Fiche d'inscription Année 2025- 2026
Merci d'écrire lisiblement !

Prénom			
Nom de famille			
Université/Cégep/Autre			
Courrier institutionnel	@		
Domaine d'études			
Niveau	Certificat <input type="checkbox"/> Bac <input type="checkbox"/> Maîtrise <input type="checkbox"/> Doctorat <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
Adresse			
Téléphone			
Enfant(s) (Si l'enfant n'est pas encore né, écrire la date prévue de l'accouchement.)	Prénom	Date de naissance	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
	Prénom	Date de naissance	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
	Prénom	Date de naissance	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Je suis monoparentale	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

• Le papa (la maman) de mes enfants aimerait recevoir des informations par courriel. OUI ☐ NON ☐

Nom et Prénom	
Adresse électronique	

Quelles sont les activités ou services qui vous intéressent ?

Café rencontre	<input type="checkbox"/>	Soutien individuel	<input type="checkbox"/>
Sorties familiales	<input type="checkbox"/>	Ateliers Parents-Enfants	<input type="checkbox"/>
Cuisine collective	<input type="checkbox"/>	Vestiaire	<input type="checkbox"/>
Groupe des papas	<input type="checkbox"/>	Cours de premiers soins	<input type="checkbox"/>

Comment avez-vous entendu parler de l'Association Cigogne ? _____

J'accepte que des photos de moi (OUI ☐ NON ☐) et de mes enfants (OUI ☐ NON ☐)
Prises lors des activités soient affichées sur le site internet de l'association.

JE CONSENS À RÉCEVOIR LES COMMUNICATIONS COURRIELS DE L'ASSOCIATION

CIGOGNE (OUI ☐ NON ☐)

REPLISEZ ET ENVOYEZ NOUS CETTE FICHE ACCOMPAGNÉE DE VOTRE
CONFIRMATION D'INSCRIPTION DANS UN ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

Date : _____

Signature : _____

Note : Les renseignements fournis sont utilisés uniquement au sein de l'association afin de mieux connaître les membres et de pouvoir les contacter.