



Association Cigogne

Fiche d'inscription

Année 2024 - 2025

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) <i>(Si l'enfant n'est pas encore né, écrire la date prévue de l'accouchement.)</i>	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)

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

info@cigogne.ca

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.