



**FORMULAIRE D'INSCRIPTION  
SERVICE VIE SCOLAIRE**

Nom de l'école : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Région : \_\_\_\_\_

**Demande effectuée par :**

Parent(s) du patient	<input type="checkbox"/>
Patient	<input type="checkbox"/>
Enseignant	<input type="checkbox"/>
Direction de l'école	<input type="checkbox"/>

**Renseignements concernant la demande**

1. Établissement scolaire

Nom du directeur/de la directrice :	_____
Numéro de téléphone :	_____
Courriel :	_____
Personne ressource pour l'activité :	_____
Numéro de téléphone :	_____
Courriel :	_____

## 2. Patient

Prénom et nom du patient :	_____	
Âge :	_____	
Niveau scolaire :	_____	
Diagnostic :	_____	
Le patient fréquente-t-il l'école?	OUI	NON
Le patient est-il présentement en traitement?	OUI	NON

## 3. Parents

Prénom et nom de la mère :	_____
Adresse :	_____
Numéro de téléphone :	_____
Courriel :	_____
Prénom et nom du père :	_____
Adresse :	_____
Numéro de téléphone :	_____
Courriel :	_____

## 4. Fratrie

Prénom et nom de l'enfant :	_____
Âge :	_____
Niveau scolaire :	_____
École fréquentée :	_____
Prénom et nom de l'enfant :	_____
Âge :	_____
Niveau scolaire :	_____
École fréquentée :	_____
Prénom et nom de l'enfant :	_____
Âge :	_____
Niveau scolaire :	_____
École fréquentée :	_____

### Types de services souhaités

Sensibilisation dans la classe du jeune	<input type="checkbox"/>
Sensibilisation dans la classe de la fratrie	<input type="checkbox"/>
Sensibilisation générale	<input type="checkbox"/>
Campagne de tirelires d'Halloween Ma copine est malade...	<input type="checkbox"/>
Défi têtes rasées <sup>MD</sup>	<input type="checkbox"/>

<sup>MD</sup>Marque de commerce déposée de Leucan inc.

### Renseignements concernant l'école

	Nombre de classes à visiter	Nombre d'élèves par classe
<b>Maternelle</b>		
<b>1<sup>re</sup> année</b>		
<b>2<sup>e</sup> année</b>		
<b>3<sup>e</sup> année</b>		
<b>4<sup>e</sup> année</b>		
<b>5<sup>e</sup> année</b>		
<b>6<sup>e</sup> année</b>		
<b>Classe spéciale</b>		
<b>Total</b>		

### Disponibilités pour la visite

Dates	Matin	Après-midi

### Dates retenues pour la visite

Dates	Heures	Nombre de classes visitées

**Bénévoles mandatés**

<b>Noms</b>	<b>Dates</b>

**Information particulière ou complémentaire**

**Nom de la personne qui fera le suivi du projet et sera affectée pour diriger le bénévole**

\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**Signature**

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_