



# Formulaire d'inscription RELEVAILLES

## PARTICIPANT(E)

Nom, prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Femme  Homme   
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Code postale : \_\_\_\_\_  
Adresse courriel : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Type de famille Monoparentale  Biparentale  Recomposée  Autre

## AUTRE ADULTE

Nom, prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Femme  Homme

## COÛT DU SERVICE SELON LE REVENU FAMILIAL BRUT

0 - 20 000\$ -----5\$	30 000 \$ - 40 000\$ -----15\$	50 000 \$ - 60 000\$ -----25\$	70 000 \$ - 100 000\$ -----40\$
20 000 \$ - 30 000\$ -----10\$	40 000 \$ - 50 000\$ -----20\$	60 000 \$ - 70 000\$ -----30\$	100 000 \$ et plus-----50\$

COÛT POUR UN BLOC DE 3 HEURES : \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS SUR LE BESOIN

Répit  Aide-ménagère  Cuisine  Écoute et soutien   
Autres  \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS SUR LES ENFANTS

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

J'ai pris connaissance et j'accepte le fonctionnement ainsi que la tarification pour mes services de relevailles.

Signature participant(e) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature coordonatrice \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Amélie Jodoin, responsable des services en périnatalité et allaitement**

**Téléphone : 819 478-9307**

**Courriel : [allaitement@maisonfamilledrummond.org](mailto:allaitement@maisonfamilledrummond.org)**