



DEMANDE D'ADMISSIBILITÉ

Collez la photo
de votre enfant ici

2024-2025 2025-2026 2026-2027

Maternelle 4 ans	Maternelle 5 ans	1	2	3	4	5	6
------------------	------------------	---	---	---	---	---	---

1^{er} cycle 2^e cycle 3^e cycle

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ fille _____ garçon _____ autre genre _____

Langue maternelle de l'enfant : français _____ anglais _____ autre _____

Langues parlées à la maison : français _____ anglais _____ autre _____

Connaissance du français : _____ de l'anglais : _____

Religion: bouddhiste _____ chrétienne _____ hindoue _____ juive _____ musulmane _____ autre _____

Allergies : Oui Non Conditions médicales particulières : _____

École précédente/garderie ou pré maternelle : _____

Frères/Sœurs (prénom/âge) _____

Adresse : N° _____ Rue _____ App. _____

Ville _____ Code postal _____

Téléphone : maison _____ Cell. maman : _____ Cell. papa : _____

Nom de la mère : _____ Nom du père : _____

Occupation/mère Courriel/mère Occupation/père Courriel/père

Pays d'origine de la mère

Pays d'origine du père

Comment avez-vous découvert EBND ? Famille/Amis _____ Publicité _____ Site Internet _____ Autre _____

