



Camp de jour 2018

NOM DE
FAMILLE
SURNAME



PRENOM

FIRST NAME



no.ass.
maladie



medicare no.

Etes-vous déjà
membre du club?

oui

non

ADDRESSE



VILLE
CITY



CODE
POSTAL



date de
naissance
birth date

A A | M M | J J

AGE



nom du parent ou gardien
name of parent or guardian



TELEPHONE



OFFICE
BUREAU



CELL



ALLERGIES?



ASTHME?



AUTRES CONDITIONS MEDICALES
OTHER MEDICAL CONDITIONS



- Semaine 1 - 25 juin au 29 juin
- Semaine 2 - 2 juillet au 6 juillet
- Semaine 3 - 9 juillet au 13 juillet
- Semaine 4 - 16 juillet au 20 juillet
- Semaine 5 - 23 juillet au 27 juillet
- Semaine 6 - 30 juillet au 3 août
- Semaine 7 - 6 août au 10 août
- Semaine 8 - 13 août au 17 août
- Semaine 9 - 20 août au 24 août

tel: 819-326-9200

DATE



SIGNATURE
PARENT/GARDIEN



Remplir ce formulaire et le retourner ou l'envoyer avec votre chèque au
76 rue Demontigny, Ste-Agathe, Quebec, J8C 2S4
Faites le chèque au nom de Quebecgym daté du 1 juin 2018 au plus tard