



# Camp de jour 2010

NOM DE FAMILLE SURNAME ► \_\_\_\_\_ PRENOM FIRST NAME ► \_\_\_\_\_

no. ass. maladie medicare no. ► \_\_\_\_\_ | Etes-vous déjà membre du club? oui  non

ADRESSE ► \_\_\_\_\_ 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 - 28 juin au 2 juillet	<input type="checkbox"/>
Semaine 2 - 5 juillet au 9 juillet	<input type="checkbox"/>
Semaine 3 - 12 juillet au 16 juillet	<input type="checkbox"/>
Semaine 4 - 19 juillet au 23 juillet	<input type="checkbox"/>
Semaine 5 - 26 juillet au 30 juillet	<input type="checkbox"/>
Semaine 6 - 2 août au 6 août	<input type="checkbox"/>
Semaine 7 - 9 août au 13 août	<input type="checkbox"/>
Semaine 8 - 16 août au 20 août	<input type="checkbox"/>
Service de garde: 8h-9h et 16h-17h (\$5/heure)	<input type="checkbox"/> X _____ (hrs)
9h à 16h - Lundi au Vendredi - \$175.00/sem. - TOTAL:	_____

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 2010 au plus tard  
 Marie-Lou: 819-326-9200