

**Inscription au camp de relâche scolaire
Mars 2011**

Nom du parent : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Nom et prénom des enfants	Âge des enfants Jour/mois/année

Cochez vos choix

Mardi	Mercredi	jeudi



ALLERGIES ALIMENTAIRES

Est-ce que vous ou vos enfants avez des allergies ou des intolérances alimentaires?

Oui Non

Si oui, indiquez le nom de la personne et expliquez :
