

## Inscription au camp de relâche scolaire familiale Mars 2012

Nom du parent : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom et prénom des enfants	Âge des enfants Jour/mois/année	# de carte santé

### Cochez vos choix

Mercredi	Jeudi	Vendredi



### 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 :

---



---



---