INSCRIPTION

CAMP DE JOUR LE BALUCHON

2015

20, rue Valmont

Repentigny

450-654-0777

www.pmlebaluchon.ca

Identification de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____

Sexe : _____

Adresse: _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Tél. maison :_____ Cell : _____

Numéro d'assurance maladie : _____ expiration :_____

Langue maternelle : _____

COORDONNÉES DES PARENTS OU TUTEURS

L'enfant demeure avec : _____

Identification de la mère :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. maison :_____ Tél. travail : _____

Cell : _____

Courriel :_____

Identification du père :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse :_____

Tél. maison :_____ Tél .travail :_____

Cell :_____

Courriel : _____

Mon enfant ira au camp de jour pour toute la période estivale :_____