

Fiche d'inscription

(à retourner obligatoirement avant le 12 novembre 2019)

Formulaire d'inscription à remettre au bureau municipal ou
par courriel au vlarouche@stdavid.qc.ca

Téléphone : _____ Courriel : _____
Municipalité : SAINT-ROBERT Adresse postale : _____

Nom de l'enfant : _____
Date de naissance : _____ Âge en date du 8 décembre : _____
Catégorie d'âge (cadeau) : Nouveau-nés 1 an 2 ans 3 ans
4 ans 5-6 ans 7-8 ans 9-10 ans 11-12 ans
Masculin Féminin
Allergie(s) alimentaire : _____



Nom de l'enfant : _____
Date de naissance : _____ Âge en date du 8 décembre : _____
Catégorie d'âge (cadeau) : Nouveau-nés 1 an 2 ans 3 ans
4 ans 5-6 ans 7-8 ans 9-10 ans 11-12 ans
Masculin Féminin
Allergie(s) alimentaire : _____



Nom de l'enfant : _____
Date de naissance : _____ Âge en date du 8 décembre : _____
Catégorie d'âge (cadeau) : Nouveau-nés 1 an 2 ans 3 ans
4 ans 5-6 ans 7-8 ans 9-10 ans 11-12 ans
Masculin Féminin
Allergie(s) alimentaire : _____



Nom de l'enfant : _____
Date de naissance : _____ Âge en date du 8 décembre : _____
Catégorie d'âge (cadeau) : Nouveau-nés 1 an 2 ans 3 ans
4 ans 5-6 ans 7-8 ans 9-10 ans 11-12 ans
Masculin Féminin
Allergie(s) alimentaire : _____



Nom du parent ou du tuteur en lettre moulée

Signature du parent ou du tuteur