



CAMP DE JOUR DE GRACEFIELD

SERVICE DE GARDE

Prénom et nom de l'enfant : _____

Prénom et nom du parent ou tuteur responsable : _____

No téléphone maison : _____

No téléphone travail : _____

No cellulaire : _____

Heures du service de garde : 7h30 à 8h30 / 16h30 à 17h30

Coût : 5\$ par jour

#	Semaine	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Complète	Total	Payé
1	2 au 6 juillet 2018								
2	9 au 13 juillet 2018								
3	16 au 20 juillet 2018								
4	23 au 27 juillet 2018								
5	30 juillet au 3 août 2018								
6	6 au 10 août 2018								
7	13 au 17 août 2018								
8	20 au 24 août 2018								
TOTAL									

