

Children's Production's Inc. est fier d'annoncer un

# CAMP D'HIVER WINTER CHILL DAY CAMP

DE LA MATERNELLE À LA 6<sup>e</sup> ANNÉE  
GARÇONS ET FILLES

à l'école UTT-Herzliah Snowdon 4840 St-Kevin H3W 1P2

**Venez vivre une  
expérience chaleureuse**

Petit-déjeuner  
sera servi  
Breakfast will be  
served  
\*Kosher

Sports \* Arts Plastiques \* Entertainment \* Sortie organisée \* Programme spécial de Shabbath

1<sup>ère</sup> semaine : du 26 au 30 décembre

2<sup>ème</sup> semaine : du 2 au 6 janvier

Lundi au jeudi : 9:00 à 15:30

Vendredi : 9:00 à 13:30

*Journées prolongées disponibles*  
Early drop off and extended day available

**Ruth**  
**(514) 569-0900**

**Myron**  
**(514) 887-1836**

Choose  
Your days,  
weeks & time

Choisissez  
le jours  
la semaine  
et l'heure

**www.ruthy.ca**

# Inscrivez-vous maintenant pour vivre l'hiver cool ...

Compléter et retourner votre demande avec un chèque ou un paiement par carte de crédit :  
Children's Production's Inc.



Nom de l'enfant 1: \_\_\_\_\_

Anniversaire : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_ Participer : Sem. 1  L M M J V TOUS  
Sem. 2  L M M J V TOUS

Nom de l'enfant 2: \_\_\_\_\_

Anniversaire : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_ Participer : Sem. 1  L M M J V TOUS  
Sem. 2  L M M J V TOUS

Journées Prolongées: Oui  Non

Nom du Père : \_\_\_\_\_ Tél. Bureau : \_\_\_\_\_

Nom de la Mère : \_\_\_\_\_ Tél. Bureau : \_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_ Prov. : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Tél. Résidentiel : \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

En cas d'urgence veuillez contacter : \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Notes médicales : \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_

Médecin : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Chèque ci-joint

Paiement par carte de crédit

Numéro : \_\_\_\_\_ Exp. : \_\_\_\_\_

En cas d'urgence j'autorise Children's Production's Inc., pour que mon enfant soit pris en charge par un médecin si nécessaire. J'autorise mon enfant à participer à des sorties planifiées.

I authorize Children's Production's Inc. in case of emergency, to have my child taken care of by a physician if needed. I give permission for my child to take part in field trip programs.

Signature du parent: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_