

# Fêtes de Quartier

SE RETROUVER POUR FESTOYER!



## Liste des participants

### INFORMATIONS SUR LA FÊTE :

Date : \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_

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

Lieu : \_\_\_\_\_  
*(terrain privé, lieu public, sur votre rue)*

Organisateur : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

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

NOM DU RÉSIDENT PRINCIPAL	ADRESSE	TÉLÉPHONE	COURRIEL	PRÉSENT À LA FÊTE	PERSONNES PRÉSENTES À LA FÊTE VIVANT À LA MÊME ADRESSE	APPROUVE LA FERMETURE DE RUE, SI APPLICABLE	SOUHAITE S'IMPLIQUER DANS LE COMITÉ ORGANISATEUR	SIGNATURE
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ENFANTS _____ ADULTES _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ENFANTS _____ ADULTES _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ENFANTS _____ ADULTES _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ENFANTS _____ ADULTES _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ENFANTS _____ ADULTES _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ENFANTS _____ ADULTES _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ENFANTS _____ ADULTES _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ENFANTS _____ ADULTES _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ENFANTS _____ ADULTES _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ENFANTS _____ ADULTES _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	