

Nom de(s) l'enfant(s) : _____

Signature du parent/gardien : _____

Juillet 2014

DIM	LUN.	MAR.	MER.	JEU.	VEN.	SAM.
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
Semaine 1 <input type="checkbox"/>	13	14	15	16	17	18
Semaine 2 <input type="checkbox"/>	20	21	22	23	24	25
Semaine 3 <input type="checkbox"/>	27	28	29	30	31	

Aout 2014

DIM	LUN.	MAR.	MER.	JEU.	VEN.	SAM.
					1	2
Semaine 4 <input type="checkbox"/>	3	4	5	6	7	8
Semaine 5 <input type="checkbox"/>	10	11	12	13	14	15
Semaine 6 <input type="checkbox"/>	17	18	19	20	21	22
Semaine 7 <input type="checkbox"/>	24	25	26	27	28	29
	31					