

# Programme du Fil d'art

## Au Musée des beaux-arts de Montréal

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

### PERSONNE ACCOMPAGNÉE

Nom de famille :	Prénom :	Mme <input type="checkbox"/>	
		M. <input type="checkbox"/>	
État civil :	Célibataire <input type="checkbox"/>	Marié(e) <input type="checkbox"/>	Divorcé(e) <input type="checkbox"/>
	Séparé(e) <input type="checkbox"/>	Veuf (ve) <input type="checkbox"/>	
Adresse :			
Code postal :		Téléphone :	

### PERSONNE ACCOMPAGNATRICE

Nom :	Prénom :	Mme <input type="checkbox"/>
		M. <input type="checkbox"/>
Lien avec l'accompagné(e) :		
Téléphone :		Tél. jour :
S'il vous plaît, veuillez nous faire part de toute information pertinente pour nous afin d'assurer le succès de la visite (e.g. déficit auditif ou visuel, mobilité réduite, allergies, etc.)		

### EN CAS D'URGENCE

Nom d'un parent ou d'un proche (autre que la personne présente) :	
Lien avec le participant :	
Téléphone :	Autre téléphone :