

Enfant(s) :

Nom

Prénom

Age

.....

.....

.....

Merci de cocher les temps de présence de votre enfant**En cas d'absence, prévenir au 06.38.68.32.59 ou le service animation au 04 70 51 10 73**

Jours	lundi		mardi		jeudi		vendredi	
Fréquence	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir
Votre choix Mettre 1croix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Exemplaire à remettre à l'accueil périscolaire avant le 30 juin 2021

Date : Signature :

Jours	lundi		mardi		jeudi		vendredi	
Fréquence	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir
Votre choix Mettre 1croix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Exemplaire à conserver par la famille