

Informations sur l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : - Sexe : M - F

Domicile : _____

Code postal : Commune : _____

Choix de l'activité			
Date par semaine	Activité Choix n°1	Activité Choix n°2 **	Activité Choix n°3 **

Pour les repas

À midi

Prend un repas chaud (20 € par semaine de 5 jours)

Apporte son pique-nique

Je soussigné(e),

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : Commune : _____

Téléphone : GSM : Email : _____

Je souhaite recevoir ma facture : par email - par courrier

déclare joindre une fiche médicale complète pour l'année scolaire 2019-2010 et accepter les modalités d'inscription et le fonctionnement des plaines.

Date

Signature :

* Cet exemplaire peut être photocopié si le nombre de semaines à inscrire est supérieur aux 5 emplacements libres

** Attention : plusieurs choix vous permettront d'avoir plus de chances d'obtenir une place pour votre enfant.