

INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon - Fille

Adresse :

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, Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

GSM :

Email :

Je souhaite recevoir ma facture : par email - par courriel

déclare joindre une fiche médicale complète pour l'année scolaire 2023-2024 et accepter les modalités d'inscription.

Date :

Signature :

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

