



PERISCOLAIRE DU LAC 2017-2018

Nom et Prénom de l'enfant :	Né le :
Nom et Prénom du responsable de l'enfant :	
Téléphone Travail :	Téléphone portable :
Ecole fréquentée :	Classe :

Cochez les cases correspondantes à votre choix :

MARS / AVRIL																					
	L	M	J	V	L	M	J	V	L	M	J	V	L	M	J	V	L	M	J	V	
	12	13	15	16	19	20	22	23	26	27	29	30		3	5	6	9	10	12	13	
MATIN													X								
7H30-8H00																					
SOIR																					
16H50-18H00																					
18H00-18H30																					

AVRIL				
	L	M	J	V
	16	17	19	20
MATIN				
7H30-8H00				
SOIR				
16H50-18H00				
18H00-18H30				

Conditions générales :

- La réservation sera acceptée sous réserve des places disponibles et de la mise à jour des dossiers.
- Toute heure commencée sera due.

Je soussigné(e), atteste avoir pris connaissance, accepter les conditions énoncées ci-dessus.

A : Le :

« Lu et approuvé » (mention manuscrite)
Signature **Obligatoire** du responsable légal de l'enfant.