



# PERISCOLAIRE GROUPE SCOLAIRE MARCEL PAGNOL 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				
	12	13	15	16	19	20	22	23	26	27	29	30		3	5	6	9	10	12	13
<b>MATIN</b>																				
7H30-8H20													X							
<b>SOIR</b>																				
16H30-17H30																				
17H30-18H30																				

AVRIL				
	L	M	J	V
	16	17	19	20
<b>MATIN</b>				
7H30-8H20				
<b>SOIR</b>				
16H30-17H30				
17H30-18H30				

**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.

