



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 :

NOVEMBRE / DECEMBRE																				
	L	M	J	V	L	M	J	V	L	M	J	V	L	M	J	V	L	M	J	V
	6	7	9	10	13	14	16	17	20	21	23	24	27	28	30	1	4	5	7	8
MATIN																				
7H30-8H20																				
SOIR																				
16H30-17H30																				
17H30-18H30																				

DECEMBRE								
	L	M	J	V	L	M	J	V
	11	12	14	14	18	19	21	22
MATIN								
7H30-8H20								
SOIR								
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.