



PERISCOLAIRE LE LAC 2016-2017

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 :

JANVIER																					
	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M
	3	4	5	6	9	10	11	12	13	16	17	18	19	20	23	24	25	26	27	30	31
MATIN																					
7H30-8H00																					
11h50-12h30																					
SOIR																					
16H30-18H00																					
18H00-18H30																					

FEVRIER								
	M	J	V	L	M	M	J	V
	1	2	3	6	7	8	9	10
MATIN								
7H30-8H00								
11h50-12h30								
SOIR								
16H30-18H00								
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.