

# INSCRIPTION CENTRE DE LOISIRS

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

N° de Salarié :

Service :

Nom de l'agent ADP :

Tel professionnel :

Tel domicile ou portable :

Nombre de jours X Prix journalier

X € = €

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :



Centre de : Orly

Roissy



# VACANCES D'HIVER (zone de Paris)

**PERIODE :**

lundi 19/02	mardi 20/02	mercredi 21/02	jeudi 22/02	vendredi 23/02
<input type="checkbox"/> Fréquentera	<input type="checkbox"/> Fréquentera	<input type="checkbox"/> Fréquentera	<input type="checkbox"/> Fréquentera	<input type="checkbox"/> Fréquentera
<input type="checkbox"/> Ne fréquentera pas	<input type="checkbox"/> Ne fréquentera pas	<input type="checkbox"/> Ne fréquentera pas	<input type="checkbox"/> Ne fréquentera pas	<input type="checkbox"/> Ne fréquentera pas

lundi 26/02	mardi 27/02	mercredi 28/02	jeudi 01/03	vendredi 02/03
<input type="checkbox"/> Fréquentera	<input type="checkbox"/> Fréquentera	<input type="checkbox"/> Fréquentera	<input type="checkbox"/> Fréquentera	<input type="checkbox"/> Fréquentera
<input type="checkbox"/> Ne fréquentera pas	<input type="checkbox"/> Ne fréquentera pas	<input type="checkbox"/> Ne fréquentera pas	<input type="checkbox"/> Ne fréquentera pas	<input type="checkbox"/> Ne fréquentera pas

Départ Raspail

Retour Raspail

CE DOCUMENT DOIT ETRE REMIS IMPERATIVEMENT AU CENTRE DE LOISIRS, AU SERVICE ENFANCE OU AU SERVICE ACCUEIL AU PLUS TARD LE JEUDI AVANT 16 H DE LA SEMAINE PRECEDENTE.

**ACCOMPAGNE DU PAIEMENT**

**NB : passé ce délai, votre enfant ne pourra malheureusement être accepté.**

Date :

**ATTENTION !!!**

**Les absences non justifiées par un certificat médical seront facturées**

Signature de l'agent :