

# INSCRIPTION CENTRE DE LOISIRS

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

N° de Salarié :

Service :

Nombre de jours X Prix journalier

Nom de l'agent ADP :

X

€ =

€

Tel professionnel :

Tel domicile ou portable :

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Centre de : Orly

Roissy



## PERIODE : AVANT VACANCES D'ETE

Lundi 25/06	Mardi 26/06	Mercredi 27/06	Jeudi 28/06	Vendredi 29/06
<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 02/07	Mardi 03/07	Mercredi 04/07	Jeudi 05/07	Vendredi 06/07
<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

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 :