



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 -

Prénom : -

Date de naissance -

Prénom : -

Date de naissance -



Centre de : Orly

Roissy

VACANCES



DE LA TOUSSAINT

LUNDI 22/10	MARDI 23/10	MERCREDI 24/10	JEUDI 25/10	VENDREDI 26/10
<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 29/10	MARDI 30/10	MERCREDI 31/10	JEUDI 01/11	VENDREDI 02/11
<input type="checkbox"/> Fréquentera	<input type="checkbox"/> Fréquentera	<input type="checkbox"/> Fréquentera	FERIE	<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

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 :