

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 :



PERIODE :

Vacances d'hiver zone B

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

lundi 05/03	mardi 06/03	mercredi 07/03	jeudi 08/03	vendredi 09/03
<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

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 :