

## 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

# MERCREDI

# DE

# MAI / JUIN

MERCREDI 02/05	MERCREDI 09/05	MERCREDI 16/05	MERCREDI 23/05	MERCREDI 30/05
<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

MERCREDI 06/06	MERCREDI 13/06	MERCREDI 20/06	MERCREDI 27/06	MERCREDI 04/07
<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 26 AVRIL AVANT 16 H.

**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 :