

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

JANVIER / FEVRIER

MERCREDI 09/01	MERCREDI 16/01	MERCREDI 23/01	MERCREDI 30/01
<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

MERCREDI 06/02	MERCREDI 13/02	MERCREDI 20/02
<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

CE DOCUMENT DOIT ETRE REMIS IMPERATIVEMENT AU CENTRE DE LOISIRS,
AU SERVICE ENFANCE OU AU SERVICE ACCUEIL AU PLUS TARD
LE JEUDI 03 JANVIER 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 :