

VACANCES D'HIVER 2020

NOM & Prénom de l'enfant :

Age

Classe

NOM & Prénom du responsable de l'enfant :



Veillez cocher ci-dessous les jours de présence de votre enfant (1)

HIVER 2020	F E V R I E R					M A R S				
	lundi 24	mardi 25	mercredi 26	jeudi 27	vendredi 28	lundi 2	mardi 3	mercredi 4	jeudi 5	vendredi 6
Journée complète										
SUPPLÉMENTS SORTIE			Tous les groupes							

J'autorise mon enfant à rentrer SEUL
après les activités du CLSH (17h 00) : OUI - NON
(rayer la mention inutile)

Personne(s) autorisée(s) à récupérer mon enfant :

Montant 1ère semaine :		ADHESION 2019-2020 :	
Montant 2 ^{ème} semaine :		TOTAL A PAYER	
Total des suppléments			

Quotient CAF

(1) les inscriptions sont prises en compte après règlement (et dans la limite des places disponibles).

RAPPELS : Toutes les modifications (présence, coordonnées, etc.) doivent être signalées au secrétariat.

Toutes les absences non justifiées seront facturées.

OBSERVATIONS* (médicales, alimentaires, etc.) :

Date & signature du responsable de l'enfant :

** Attention, pour toute allergie, un protocole médical devra être fourni. Merci.*