

# VACANCES D'HIVER 2020

NOM & Prénom de l'enfant :

Age      Classe



NOM & Prénom du responsable de l'enfant :

Veuillez 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										
SUPPLEMENTS SORTIE			Tous les groupes							

Montant 1 <sup>ère</sup> semaine :		ADHESION 2019-2020 :	
Montant 2 <sup>ème</sup> semaine :			
Total des suppléments		TOTAL A PAYER	

Quotient CAF

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 :

(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.) :

n° de téléphone à appeler en priorité :

Date & signature du responsable de l'enfant :

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