

INSCRIPTION

A. L.S.H

Période : **Mercredis de mars à avril 2025**

Nom Prénom de l'enfant -----

Aides aux Temps Libres **ou** Quotient Familial

N° Allocataire

Mail famille

Classe :

Tarif ½ journée

Tarif journée

Je soussigné(e).....inscrit mon fils, fille.....
 à l'accueil collectif des mercredis les jours ci-après :

Veuillez cocher les cases correspondantes aux présences de votre enfant

MARS											
Mercredi 5			Mercredi 12			Mercredi 19			Mercredi 26		
Matin	Midi	A-midi									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadre réservé à l'administration			Cadre réservé à l'administration			Cadre réservé à l'administration			Cadre réservé à l'administration		

AVRIL								
Mercredi 2			Mercredi 9			Mercredi 30		
Matin	Midi	A-midi	Matin	Midi	A-midi	Matin	Midi	A-midi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadre réservé à l'administration			Cadre réservé à l'administration			Cadre réservé à l'administration		

Le.....Signature :

