

INSCRIPTION

A. L.S.H

Période : **Mercredis de septembre à octobre 2024**

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 :

Veillez cocher les cases correspondantes aux présences de votre enfant

SEPTEMBRE											
Mercredi 4			Mercredi 11			Mercredi 18			Mercredi 25		
Matin	Midi	A-midi	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"/>	<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		

OCTOBRE								
Mercredi 2			Mercredi 9			Mercredi 16		
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

