

ALSH
Inscription du 17 au 21 mars 2025



FORMULAIRE D'INSCRIPTION



RESPONSABLE LEGAL

NOM : _____

PRENOMS : _____

ADRESSE : _____

CP : _____ VILLE : _____

E-Mail : _____

Allocataire : CAF

MSA

AUTRE

N° : _____

 : _____  : _____

INSCRIPTION SEMAINE DU 07 AU 11 AVRIL 2025

NOM de l'enfant : _____

PRENOMS de l'enfant : _____

Date de naissance : _____ Age : _____

Journée avec repas Journée sans repas

PRE INSCRIPTION VACANCES D'ETE 2025

NOM /PRENOMS de l'enfant : _____

Journée avec repas Journée sans repas

Semaine 28 29 30 31