

## PRE-INSCRIPTION SERVICES D'ACCUEIL PERISCOLAIRE

Date de la préinscription : .....

### • ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Classe à la rentrée de septembre : .....

Ecole de : ..... Péricolaire à : .....

### • FAMILLE

NOM : Père : ..... Mère : .....

Prénom Père : ..... Mère : .....

Tél domicile : .....

Tél portable Père : ..... Mère : .....

Adresse : .....

Adresse mail : .....

### • BESOIN D'ACCUEIL PERISCOLAIRE

	Matin (avant l'école)	Midi	Soir
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mercredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations : .....

.....

.....

Signature des parents ..... Fait à .....

Le .....