

PRÉ-INSCRIPTION SERVICES D'ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

Date de la préinscription :

• **ENFANT**

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Classe : Ecole de :

• **FAMILLE**

NOM : Père : Mère :

Prénom Père : Mère :

Tél domicile :

Tél portable Père : Mère :

Adresse :

Adresse mail :

• **BESOIN D'ACCUEIL PERISCOLAIRE :**

(Cocher les cases concernées)

	Matin (avant l'école)	Midi	Soir 1 (jusque 17h30)	Soir 2 (jusque 18h15)
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date d'accueil à :

Observations :

Signature des parents

Fait à

Le