

INSCRIPTION

A. L.S.H

Période : **Mercredis de janvier à février 2024**

Nom Prénom de l'enfant

Aides aux Temps Libres **ou** Quotient Familial Classe :
 N° Allocataire Tarif ½ journée
 Mail famille 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

JANVIER											
Mercredi 10			Mercredi 17			Mercredi 24			Mercredi 31		
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		

FEVRIER					
Mercredi 7			Mercredi 28		
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"/>
Cadre réservé à l'administration			Cadre réservé à l'administration		

Le.....Signature :

