



Centre de : _____

INSCRIPTION ANNUELLE ANNEE SCOLAIRE 20.../ 20...

Nom et prénom de l'enfant : _____	Classe	
	Enseignant	

Régime alimentaire Précisez :	Intolérance alimentaire et/ou allergie alimentaire. Précisez :	Oui - Non
----------------------------------	---	-----------

Semaine paire	Accueil du Matin 07h30 →	Midi sans repas → 12h15	Midi repas	Accueil du soir Départs échelonnés jusqu'à 18h30
Lundi				
Mardi				
Mercredi	Matinée <input type="checkbox"/> Repas <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/>			
Jeudi				
Vendredi				

Semaine impaire	Accueil du Matin 07h30 →	Midi sans repas → 12h15	Midi repas	Accueil du soir Départs échelonnés jusqu'à 18h30
Lundi				
Mardi				
Mercredi	Matinée <input type="checkbox"/> Repas <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/>			
Jeudi				
Vendredi				

Merci de remplir ce formulaire uniquement pour une inscription annuelle

Cette inscription donnera lieu à une facturation mensuelle systématique pour tous les jours cochés. Seules les absences justifiées par un certificat médical ne seront pas facturées. Toute modification occasionnelle ou régulière concernant les repas du midi est à signaler au centre la veille avant 08h30.

Je soussigné(e), _____ représentant légal de l'enfant _____
m'engage à respecter ce planning et suis conscient que tout repas non décommandé sera facturé.

° de téléphone en cas d'urgence : _____

Date :

Signature :