

# DEMANDE D'INSCRIPTIONS MERCREDIS 2024-2025

Fiche individuelle - Trimestre 1

## ACCUEIL ADOS de



### RESPONSABLE LEGAL

NOM : .....

Numéro de téléphone : .....

Commune Domicile : .....

Prénom : .....

Adresse mail : .....

Régime allocataire : CAF  MSA

Cadre réservé au service

N° d'inscription

### ENFANT

NOM : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

	Septembre				Octobre					Novembre				Décembre			
	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	
1/2 journée après-midi sans repas 14h00 / 18h00	<input type="checkbox"/>	<b>V A C A N C E S</b>	<input type="checkbox"/>														
Navette (cocher la case)	<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"/>														
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>														

**ATTENTION : Cette fiche ne vaut pas inscription définitive. Les confirmations d'inscriptions seront envoyées par mail aux familles.**

Document rempli le : .....

Signature ou initiales du  
responsable de l'enfant : .....