

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

N° de Salarié :

Service :

Nom de l'agent ADP :

Tel professionnel :

Tel domicile ou portable :

Nombre de jours X Prix journalier

X                      € =                      €

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : -

Prénom : -

Date de naissance -

Prénom : -

Date de naissance -

Prénom : -

Date de naissance -

Centre de : Orly

Roissy

# MERCREDI DE

# SEPTEMBRE / OCTOBRE

MERCREDI 04/09	MERCREDI 11/09	MERCREDI 18/09	MERCREDI 25/09
<input type="checkbox"/> Fréquentera	<input type="checkbox"/> Fréquentera	<input type="checkbox"/> Fréquentera	<input type="checkbox"/> Fréquentera
<input type="checkbox"/> Ne fréquentera pas	<input type="checkbox"/> Ne fréquentera pas	<input type="checkbox"/> Ne fréquentera pas	<input type="checkbox"/> Ne fréquentera pas

MERCREDI 02/10	MERCREDI 09/10	MERCREDI 16/10
<input type="checkbox"/> Fréquentera	<input type="checkbox"/> Fréquentera	<input type="checkbox"/> Fréquentera
<input type="checkbox"/> Ne fréquentera pas	<input type="checkbox"/> Ne fréquentera pas	<input type="checkbox"/> Ne fréquentera pas

CE DOCUMENT DOIT ETRE REMIS IMPERATIVEMENT AU CENTRE DE LOISIRS,  
AU SERVICE ENFANCE OU AU SERVICE ACCUEIL AU PLUS TARD  
LE VENDREDI 30 AOÛT AVANT 16 H.

**ACCOMPAGNE DU PAIEMENT**

**NB : passé ce délai, votre enfant ne pourra malheureusement être accepté.**

Date :

**ATTENTION !!!**

**Les absences non justifiées par un  
certificat médical seront facturées**

Signature de l'agent :