

Pour les inscriptions, vous pouvez nous retourner votre formulaire rempli à la Mairie ou de nous l'envoyer par mail.

Adresse mail : clshdelasee@marceylesgreves.fr

Ce bulletin est nominatif par enfant.

Rappel Documents nécessaires pour toute inscription

- Une copie de l'attestation d'assurance pour l'année scolaire 2024/2025
- Une photocopie du carnet de vaccination et une photo de l'enfant
- La fiche sanitaire à remplir si vous ne l'avez pas déjà fait ou à vérifier l'exactitude des renseignements

Possibilité d'annuler une inscription jusqu'au : **jeudi 17 Octobre 2024**
Passer cette date, les absences seront facturées sauf celles pour raison médicale sur présentation d'un certificat médical dans un délai de 15 jours.

BULLETIN D'INSCRIPTION

NOM PRENOM

moins de 6 ans

entourer l'âge de l'enfant, merci

DATE DE NAISSANCE

plus de 6 ans

Préciser les horaires, les repas, L'accueil au centre et les sorties extérieures

JOUR	DATE	HEURE ARRIVEE	MATIN		REPAS O/N	APRES-MIDI		HEURE DEPART
			CENTRE	SORTIE		CENTRE	SORTIE	
lundi	21/10/2024							
mardi	22/10/2024							
mercredi	23/10/2024							
jeudi	24/10/2024							
vendredi	25/10/2024							
lundi	28/10/2024							
mardi	29/10/2024							
mercredi	30/10/2024							
jeudi	31/10/2024							
vendredi	01/11/2024							

Date :

Signature :

Numéro de Tél des parents :

Adresse mail :

Pour les inscriptions, vous pouvez nous retourner votre formulaire rempli à la Mairie ou de nous l'envoyer par mail.

Adresse mail : clshdelasee@marceylesgreves.fr

Ce bulletin est nominatif par enfant.

Rappel Documents nécessaires pour toute inscription

- Une copie de l'attestation d'assurance pour l'année scolaire 2024/2025
- Une photocopie du carnet de vaccination et une photo de l'enfant
- La fiche sanitaire à remplir si vous ne l'avez pas déjà fait ou à vérifier l'exactitude des renseignements

Possibilité d'annuler une inscription jusqu'au : **jeudi 17 Octobre 2024**
Passer cette date, les absences seront facturées sauf celles pour raison médicale sur présentation d'un certificat médical dans un délai de 15 jours.

BULLETIN D'INSCRIPTION

NOM PRENOM

moins de 6 ans

entourer l'âge de l'enfant, merci

DATE DE NAISSANCE

plus de 6 ans

Préciser les horaires, les repas, L'accueil au centre et les sorties extérieures

JOUR	DATE	HEURE ARRIVEE	MATIN		REPAS O/N	APRES-MIDI		HEURE DEPART
			CENTRE	SORTIE		CENTRE	SORTIE	
lundi	21/10/2024							
mardi	22/10/2024							
mercredi	23/10/2024							
jeudi	24/10/2024							
vendredi	25/10/2024							
lundi	28/10/2024							
mardi	29/10/2024							
mercredi	30/10/2024							
jeudi	31/10/2024							
vendredi	01/11/2024							

Date :

Signature :

Numéro de Tél des parents :

Adresse mail :