



# ACCUEIL DE LOISIRS

## Mercredis de Mars – Avril 2018



Sélectionnez votre ALSH :  Châteauneuf du Faou  Coray

Nom et prénom du ou des enfant(s) : .....

Nom des personnes ayant autorité sur l'enfant : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

Date de naissance du ou des enfant(s) : |\_|\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|

**Tous les dossiers doivent être remis au  
Centre Social ULAMiR Aulne  
Maison de l'Enfance - rue du Glédig - 29 520 Châteauneuf du Faou  
Pour le Mercredi 28 février 2018**

**Rappel des horaires :**

- **Le matin** : pas d'arrivée ni de départ entre 9h30 et 11h30
- **L'après midi** : pas d'arrivée ni de départ entre 14h et 16h30

**INSCRIPTION** : Merci de cocher les jours de présence et d'indiquer l'heure des accueils matin \*et soir \*

| DATES              | Accueil matin *<br>7h30/9h00 | Matin | Repas | Après<br>Midi | Accueil soir *<br>17h30 - 19h00 |
|--------------------|------------------------------|-------|-------|---------------|---------------------------------|
| Mercredi 14 mars.  |                              |       |       |               |                                 |
| Mercredi 21 mars.  |                              |       |       |               |                                 |
| Mercredi 28 mars.  |                              |       |       |               |                                 |
| Mercredi 4 avril.  |                              |       |       |               |                                 |
| Mercredi 11 avril. |                              |       |       |               |                                 |
| Mercredi 18 avril. |                              |       |       |               |                                 |
| Mercredi 25 avril. |                              |       |       |               |                                 |

- **L'inscription est définitive à partir du lundi midi de chaque semaine**

**Les absences injustifiées sont facturées.**

En cas d'absence pour raisons médicales , merci de fournir un certificat médical dans un délai maximal de trois jours

**Date :**  
**lu et approuvé**  
**Nom – Prénom du responsable légal**

**Signature, précédée de la mention**

• .....

|                                      |                            |
|--------------------------------------|----------------------------|
| <b>Cadre réservé à l'association</b> | <b>Dossier déposé le :</b> |
|--------------------------------------|----------------------------|