

Je soussigné (e)....., responsable légal (e) de l'enfant
ou des enfants ;

Enfant 1 NomPrénom :.....

Enfant 2 NomPrénom

Enfant 3 NomPrénom

Adresse :Code postal _ _ _ _ _

Ville :

Tel. : - - - -

Adresse mail : @

***cocher la case correspondante**

3-5 ans :

Du 17 au 21 février		Du 24 au 28 février	
<i>Matin</i> Avec repas <input type="checkbox"/>	Sans repas <input type="checkbox"/>	<i>Matin</i> Avec repas <input type="checkbox"/>	Sans repas <input type="checkbox"/>
<i>Après-midi</i> Avec repas <input type="checkbox"/>	Sans repas <input type="checkbox"/>	<i>Après-midi</i> Avec repas <input type="checkbox"/>	Sans repas <input type="checkbox"/>
<i>Journée complète avec repas</i> <input type="checkbox"/>		<i>Journée complète avec repas</i> <input type="checkbox"/>	

6-12 ans :

Du 17 au 21 février		Du 24 au 28 février	
<i>Matin</i> Avec repas <input type="checkbox"/>	Sans repas <input type="checkbox"/>	<i>Matin</i> Avec repas <input type="checkbox"/>	Sans repas <input type="checkbox"/>
<i>Après-midi</i> Avec repas <input type="checkbox"/>	Sans repas <input type="checkbox"/>	<i>Après-midi</i> Avec repas <input type="checkbox"/>	Sans repas <input type="checkbox"/>
<i>Journée complète avec repas</i> <input type="checkbox"/>		<i>Journée complète avec repas</i> <input type="checkbox"/>	

Je reconnais avoir pris connaissance des tarifs ci-après et conviens que toute absence non justifiée par un certificat médical me sera facturée.

Date : / /2020

Signature: