

**Horaires d'ouverture : de 7 h 45 à 18 h.**  
**Majoration de 8€ pour tout retard après 18h**

Nom de l'enfant :  Prénom :

Né(e)le :  N° allocataire CAF :

Régime alimentaire :

Adresse mail :

**Tarifs :** Journée : 18.50€/19.50€/20.50€ / jour Semaine : 80€/85€/90€ Semaine 4 jours : 64€/68€/72€ Petit Déjeuner : 1€

1 <sup>ère</sup> semaine	Journée	Semaine	Petit Déj
Lundi 25 octobre	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Mardi 26 octobre	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Mercredi 27 octobre	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Jeudi 28 octobre	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Vendredi 29 octobre	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

2 <sup>ème</sup> Semaine	Journée	Semaine	Petit Déj
Mardi 2 novembre	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Mercredi 3 novembre	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Jeudi 4 novembre	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Vendredi 5 novembre	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Cadre réservé à l'administration de la Margelle

<b>Total</b>	
<b>Déduction CE</b>	
<b>Total</b>	

**Aucune annulation ne pourra être prise en compte sauf sur présentation d'un certificat médical. Pour la bonne organisation, je m'engage à prévenir le secrétariat de La Margelle en cas d'absence ou de retard de mon enfant.**

Je soussigné(e) Nom  Prénom

Adresse :

Tél domicile/portable :  Tél professionnel

J'atteste sur l'honneur, avoir pris connaissance du protocole sanitaire en vigueur à la Margelle



Cadre réservé à l'administration de la Margelle

Paiements :  chèque  espèces  chèques vacances  C.E Payé le: .....