

**Horaires d'ouverture : de 7 h 45 à 18 h.**

Nom de l'enfant :  Prénom :

Né(e)le :  N° allocataire CAF :

Régime alimentaire :

Adresse mail :

**Tarifs : Journée : 16.50€/17.50€/18.50€ semaine 4 jours : 56€/60€/64€ semaine: 70€ /75€ /80€ Petit Déjeuner : 1€**

1 <sup>ère</sup> semaine	Journée	Petit Déj
Mercredi 7 Juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi 8 Juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi 9 Juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 <sup>ème</sup> semaine	Journée	semaine	Petit Déj
Lundi 12 Juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi 13 Juillet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Jeudi 15 Juillet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Vendredi 16 Juillet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

3 <sup>ème</sup> semaine	Journée	semaine	Petit Déj
Lundi 19 Juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi 20 Juillet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Mercredi 21 Juillet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Jeudi 22 Juillet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Vendredi 23 Juillet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

4 <sup>ème</sup> semaine	Journée	semaine	Petit Déj
Lundi 26 Juillet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi 27 Juillet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Mercredi 28 Juillet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Jeudi 29 Juillet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Vendredi 30 Juillet	<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: .....