

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

Nom de l'enfant : Prénom :

Né(e) le : N° allocataire CAF :

Niveau scolaire : Régime alimentaire :

Adresse mail :

Tarifs : Journée : 20€/21€/22€ semaine : 90€ /95€ /100€ semaine de 4jours : 72€/76€/80€ Petit Déjeuner : 1€

1ère semaine	Journée	semaine	Petit Déj
Lundi 6 juillet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Mardi 7 juillet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Mercredi 8 juillet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
*Jeudi 9 juillet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Vendredi 10 juillet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

3ème semaine	Journée	semaine	Petit Déj
Lundi 20 juillet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Mardi 21 juillet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
*Mercredi 22 juillet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Jeudi 23 juillet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Vendredi 24 juillet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

2ème semaine	Journée	semaine	Petit Déj
Lundi 13 juillet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
*Mercredi 15 juillet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Jeudi 16 juillet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Vendredi 17 juillet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

4ème semaine	Journée	semaine	Petit Déj
*Lundi 27 juillet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Mardi 28 juillet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Mercredi 29 juillet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Jeudi 30 juillet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Vendredi 31 juillet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

***Sortie prévue à la journée**

Cadre réservé à l'administration de la Margelle

Total	
BONS CAF	
Déduction CE	
Total	

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

Cadre réservé à l'administration de la Margelle

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