

CENTRE D'ANIMATION DE MVA AUTOMNE 2019

PARTICIPANT(S) :

Nom : Prénom :

Âge : Régime alimentaire :

Nom du responsable : Commune d'habitation :

N° de tel :

!NSCR!PT!ON :

Jours	Journée		Demi-journée (uniquement pour les moins de 6 ans)		
	Avec repas	Sans repas	Matin	Repas	Après-midi
Lundi 21 Octobre					
Mardi 22 Octobre					
Mercredi 23 Octobre					
Jeudi 24 Octobre					
Vendredi 25 Octobre					
Lundi 28 Octobre					
Mardi 29 Octobre					
Mercredi 30 Octobre					
Jeudi 31 Octobre					
Vendredi 1 Novembre	FERIE				

Cocher si votre (vos) enfant(s) prend le transport en bus				
Jours	MATIN		SOIR	
	Arrêt :		Arrêt :	
	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 1	Semaine 2
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				

SIGNATURE DU RESPONSABLE :

CADRE RÉSERVÉ AU CENTRE D'AN!MAT!ON

Total du devis : 50 % d'arrhes :

Règlements :

Date	Chèque ou espèces	N° du chèque	Montant

Inscrit sur tableau

Inscrit sur Defi