



ACCUEIL DE LOISIRS
de MAGENTA

FORMULAIRE D'INSCRIPTION
Période du 23 au 27 octobre 2017

RESPONSABLE LEGAL

NOM : _____

PRENOMS : _____



ADRESSE : _____

CP : _____ VILLE : _____

E-Mail : _____



Allocataire : CAF MSA AUTRE

N° : _____

 : _____  : _____



PROFESSION DU PERE : _____

ADRESSE : _____

 : _____  : _____

PROFESSION DE LA MERE : _____

ADRESSE : _____

 : _____  : _____

NOM de l'enfant : _____

PRENOMS de l'enfant : _____

Date de naissance : _____ Age : _____

Journée avec repas Journée sans repas