

**ALSH**  
**Inscription du 23 au 27 octobre 2023**



FORMULAIRE D'INSCRIPTION



**RESPONSABLE LEGAL**

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOMS : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_

Allocataire :  CAF

MSA

AUTRE

N° : \_\_\_\_\_

 : \_\_\_\_\_  : \_\_\_\_\_

NOM de l'enfant : \_\_\_\_\_

PRENOMS de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Journée avec repas  Journée sans repas