

**ALSH**  
**Inscription du 25 au 29 mars 2024**



**FORMULAIRE D'INSCRIPTION  
ALSH DU 22 AU 26 AVRIL 2024**



**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

Accueil le matin de 7h30 à 8h00 ?  oui  non