

ALSH

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION
du 07 juillet au 01 août 2025**



FORMULAIRE D'INSCRIPTION



RESPONSABLE LEGAL

NOM : _____

PRENOMS : _____

ADRESSE : _____

CP : _____ VILLE : _____

E-Mail : _____

Allocataire : CAF

MSA

AUTRE

N° : _____

: _____ :

INSCRIPTION SEMAINE DU 07 AU 01 AOUT 2025

NOM de l'enfant : _____	
PRENOMS de l'enfant : _____	
Date de naissance : _____	Age : _____
Journée avec repas <input type="checkbox"/>	Journée sans repas <input type="checkbox"/>

Semaine 28 29 30 31