CENTRE DE LOISIRS

Mercredi 2024.25 période 5

**Rappel : Tout changement devra être signalé le vendredi dernier délais pour le mercredi suivant soit :**

**Par téléphone au 02.54.06.30.56.**

**Par mail :** **centredeloisirs.aigurande@orange.fr**

**Si ce n’est pas le cas l’absence sera facturée (sauf les absences pour cause de maladie certificat médical à nous fournir).**

**Nom et prénom de l’enfant : …………………………………………………**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dates d’inscription** | **Demie Journée****(Matin ou après-midi)** | **Repas** | **Journée** | **Participe aux séances sportives ou culturelles****Foot, Basket Proposées par les associations.** |
| **23.04** |  |  |  |  |
| **30.04** |  |  |  |  |
| **7.05** |  |  |  |  |
| **14.05** |  |  |  |  |
| **21.05** |  |  |  |  |
| **28.05** |  |  |  |  |
| **4.06** |  |  |  |  |
| **11.06** |  |  |  |  |
| **18.06** |  |  |  |  |
| **25.06** |  |  |  |  |
| **2.07** |  |  |  |  |

**Classe : Ecole :**

Date et Signature du responsable légal