



MAIRIE DE JACOB-BELLECOMBETTE
Tél. : 04-79-69-87-32

ANNEE SCOLAIRE

**FICHE D'INSCRIPTION PERMANENTE
ACCUEIL PERISCOLAIRE**

Je soussigné : NOM : Prénom :

Demande l'inscription de mon (mes) enfant(s)

NOM	Prénom	Classe
.....
.....
.....

TARIF : AU PASSAGE ABONNEMENT MENSUEL

JOUR	Garderie du matin 7h30-8h20	Garderie de midi 11h45-12h15	Garderie du soir/Etudes surveillées 16h30-18h30
LUNDI			
MARDI			
JEUDI			
VENDREDI			

Date : Signature du responsable légal :



MAIRIE DE JACOB-BELLECOMBETTE
Tél. : 04-79-69-87-32

ANNEE SCOLAIRE

**FICHE D'INSCRIPTION PERMANENTE
ACCUEIL PERISCOLAIRE**

Je soussigné : NOM : Prénom :

Demande l'inscription de mon (mes) enfant(s)

NOM	Prénom	Classe
.....
.....
.....

TARIF : AU PASSAGE ABONNEMENT MENSUEL

JOUR	Garderie du matin 7h30-8h20	Garderie de midi 11h45 -12h15	Garderie du soir/Etudes surveillées 16h30-18h30
LUNDI			
MARDI			
JEUDI			
VENDREDI			

Date : Signature du responsable légal :