CENTRE DE LOISIRS

Mercredi 2024.25 période 2

**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 : …………………………………………………**

**Classe : Ecole :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dates d’inscription | **Demie Journée** **(Matin ou après-midi)**  | **Repas** | **Journée** | **Participe aux séances sportives ou culturelles****Foot, Basket Proposées par les associations.**  |
| 6.11 |  |  |  |  |
| 13.11 |  |  |  |  |
| 20.11 |  |  |  |  |
| 27.11 |  |  |  |  |
| 4.12 |  |  |  |  |
| 11.12 |  |  |  |  |
| 18.12 |  |  |  |  |

Date et Signature du responsable légal