

ALSH – Avril 2025

- **NOM / PRENOM DU 1^{er} parent :** _____

PROFESSION : _____ EMPLOYEUR : _____

ADRESSE DOMICILE : _____ N° Tél. : _____

N° ALLOCATAIRE CAF ou MSA : _____ *(A la demande de la CAF, produire attestation du mois précédent et fournir l'attestation originale Aide Temps Loisirs feuillet vert)*

Adresse mail : _____

- **NOM / PRENOM DU 2nd parent :** _____

PROFESSION : _____ EMPLOYEUR : _____

ADRESSE DOMICILE : _____ N° Tél. : _____

N° ALLOCATAIRE CAF ou MSA : _____ *(A la demande de la CAF, produire attestation du mois précédent et fournir l'attestation originale Aide Temps Loisirs feuillet vert)*

Adresse mail : _____

1^{er} enfant NOM-PRENOM DE L'ENFANT : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ **LIEU :** _____

PERIODE DE FREQUENTATION :		Nombre de semaine	Prix semaine	Total
07/04 au 11/04	14/04 au 18/04			€

2eme enfant NOM-PRENOM DE L'ENFANT : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ **LIEU :** _____

PERIODE DE FREQUENTATION :		Nombre de semaine	Prix semaine	Total
07/04 au 11/04	14/04 au 18/04			€

3eme enfant NOM-PRENOM DE L'ENFANT : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ **LIEU :** _____

PERIODE DE FREQUENTATION :		Nombre de semaine	Prix semaine	Total
07/04 au 11/04	14/04 au 18/04			€

4^{ème} enfant NOM-PRENOM DE L'ENFANT : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ **LIEU :** _____

PERIODE DE FREQUENTATION :		Nombre de semaine	Prix semaine	Total
07/04 au 11/04	14/04 au 18/04			€

Paiement		Total	Facture	
Chèques	Espèces	€	Oui	Non
Mon enfant est bénéficiaire de l'AEEH (Merci de nous fournir l'attestation)			Oui	Non

Réduction de 2€ à partir du deuxième enfant