

**ETABLISSEMENT ACCUEIL LOISIRS
FIGANIERES**

VILLAGE :

Nom du Père :

Nom de la Mère :

Nom de l'enfant :

	enfant 1	enfant 2	enfant 3
Prénom (s)			
Age :			
date de naissance			

Adresse :

CP



.....

.....

Mail:

N°. Alloc. CAF

ACOMPTE DE 25 € OBLIGATOIRE :

Par semaine réservée et par enfant

SEJOUR ETE 2017		
JUILLET		
Semaine	Réservée	Payée
du 10 au 13		
du 17 au 21		
du 24 au 28		
AOUT		
Semaine	Réservée	Payée
du 31/07 au 04		
du 07 au 11		
du 14 au 18		
du 21 au 25		
du 28 au 01/09		