** Accueil de Loisirs Les Sablières**

 alshsablieres@ecouflant.fr

 02 41 87 04 32

  **Inscriptions**

 ***Juillet / Août 2017***

Cadre réservé à la direction

Enregistré par : le :

**L’enfant**

Nom : Prénom : …………………………………………

Noms et prénoms du représentant légal : …………………………………………………………….

Téléphone du représentant légal : ………………………………………………………………………………

Adresse mail du représentant légal : …………………………………………………………………………

***JUILLET 2017***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lundi** | **Mardi** | **Mercredi** | **Jeudi** | **Vendredi** |
| **10** | **11** | **12** | **13** |  **14** |
| **17** | **18** | **19** | **20** | **21** |
| **24** | **25** | **26** | **27** | **28** |
| **31** |  |  |  |  |

***AOUT 2017***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lundi** | **Mardi** | **Mercredi** | **Jeudi** | **Vendredi** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** |
| **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| **14** | **15** | **16** | **17** | **18** |
| **21** | **22** | **23** | **24** | **25** |
| **28** | **29** | **30** | **31** | **1** |

Date : Signature du représentant légal :