** Accueil de Loisirs Les Sablières**

 alshsablieres@ecouflant.fr

 02 41 87 04 32

**Inscriptions**

Mercredis de Septembre et octobre 2017

Cadre réservé à la direction

Enregistré par : le :

**L’enfant**

Nom : Prénom : ………………………………………………………

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Septembre et octobre** | Journée | Matin | Après-Midi | Repas |
| Mercredi 06/09 |  |  |  |  |
| Mercredi 13/09 |  |  |  |  |
| Mercredi 20/09 |  |  |  |  |
| Mercredi 27/09 |  |  |  |  |
| Mercredi 04/10 |  |  |  |  |
| Mercredi 11/10 |  |  |  |  |
| Mercredi 18/10 |  |  |  |  |

**Je souhaite inscrire mon enfant tous les mercredis de l’année 🞎**

Date : Signature du représentant légal :