GRAND DOLE
Communauté d'agglomération

ANNEE : 2022 / 2023
COUPON DE RESERVATIONS
MERCREDIS

msa santé famille retraite services

ALLOCATIONS FAMILIALES Caf du Jura

A rendre au plus tard le mercredi précédent une période de vacances pour la période scolaire suivante

Nom prénom de l'enfant : ..... Age de l'enfant.....

N° de tel des parents : .....

Accueil périscolaire : ..... Accueil extrascolaire :.....

Autorise mon enfant à partir seul de l'accueil à _____h_____.

Autorise mon enfant à participer et à prendre le transport prévu pour les sorties : ☐ OUI ☐ NON.

Autorise l'équipe de l'accueil de loisirs à photographier et filmer mon enfant : ☐ OUI ☐ NON

Autorise la diffusion et/ou la publication des photographies et/ou des films: ☐ OUI ☐ NON

Personnes habilitées à venir chercher mon enfant : Nom, prénom.....N° de tel .....

Nom, prénom.....N° de tel .....Nom, prénom.....N° de tel .....

En cas de séparation, bien préciser la période de facturation.

	Matin	Repas	Après-midi
SEPTEMBRE			
MERCREDI ...../...../.....			
MERCREDI ...../...../.....			
MERCREDI ...../...../.....			
MERCREDI ...../...../.....			
OCTOBRE			
MERCREDI ...../...../.....			
MERCREDI ...../...../.....			
MERCREDI ...../...../.....			
NOVEMBRE			
MERCREDI ...../...../.....			
MERCREDI ...../...../.....			
MERCREDI ...../...../.....			
MERCREDI ...../...../.....			
DECEMBRE			
MERCREDI ...../...../.....			
MERCREDI ...../...../.....			
MERCREDI ...../...../.....			

FAIT LE .....NOM et SIGNATURE

GRAND DOLE
Communauté d'agglomération

ANNEE : 2022 / 2023
COUPON DE RESERVATION MERCREDIS

santé famille retraite services

ALLOCATIONS FAMILIALES
Caf du Jura

Nom prénom de l'enfant : ..... Age de l'enfant.....

N° de tel des parents : .....

A rendre au plus tard <u>le mercredi précédent</u> une période de vacances pour la période scolaire suivante

Accueil périscolaire : ..... Accueil extrascolaire : .....
Autorise mon enfant à partir seul de l'accueil à _____h_____.

Autorise mon enfant à participer et à prendre le transport prévu pour les sorties : ☐ OUI ☐ NON

Autorise l'équipe de l'accueil de loisirs à photographier et filmer mon enfant : ☐ OUI ☐ NON

Autorise la diffusion et/ou la publication des photographies et/ou des films: ☐ OUI ☐ NON

Personnes habilitées à venir chercher mon enfant : Nom, prénom.....N° de tel .....
<u>En cas de séparation, bien préciser la période de facturation.</u>

	Matin	Repas	Après-midi
JANVIER			
MERCREDI ...../...../.....			
MERCREDI ...../...../.....			
MERCREDI ...../...../.....			
MERCREDI ...../...../.....			
FEVRIER			
MERCREDI ...../...../.....			
MERCREDI ...../...../.....			
MARS			
MERCREDI ...../...../.....			
MERCREDI ...../...../.....			
MERCREDI ...../...../.....			
MERCREDI ...../...../.....			
MERCREDI ...../...../.....			
AVRIL			
MERCREDI ...../...../.....			
MERCREDI ...../...../.....			
MAI			
MERCREDI ...../...../.....			
MERCREDI ...../...../.....			
MERCREDI ...../...../.....			
MERCREDI ...../...../.....			
MERCREDI ...../...../.....			
JUIN			
MERCREDI...../...../.....			
MERCREDI...../...../.....			
MERCREDI...../...../.....			
MERCREDI ...../...../.....			
JUILLET			
MERCREDI ...../...../.....			

<u>FAIT LE .....NOM et SIGNATURE</u>