

Boves

ENFANT	
Nom de l'enfant	
Prénom	
Date (prévue) de naissance	
Date d'accueil souhaitée	
Nom de l'allocataire	
N° Allocataire CAF/MSA couvrant l'enfant	
Santé : allergie, maladie, autres...	

ACCUEIL SOUHAITE		
Compléter les jours d'accueil et les horaires hebdomadaires		
Lundi	Deh	à.....h
Mardi	Deh	à.....h
Mercredi	Deh	à.....h
Jeudi	Deh	à.....h
Vendredi	Deh	à.....h

Fait à..... Le.....

Signature des parents :
(mention "lu et approuvé")