

RESERVATION POUR LA GARDERIE PERISCOLAIRE

DU _____ AU _____ 2025

**La grille est à déposer en mairie
IMPERATIVEMENT CHAQUE LUNDI AVANT 10H00**

Pour les réservations de garderie de la semaine suivante

METTRE UNE CROIX DANS LA CASE DU ou DES JOURS SOUHAITÉS

| | 1 ^{er} ENFANT Nom et Prénom _____ _____ | 2 ^{ème} ENFANT Nom et Prénom _____ _____ | 3 ^{ème} ENFANT Nom et Prénom _____ _____ | Observations éventuelles |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Classe de l'enfant | _____ | _____ | _____ | |
| LUNDI MATIN | | | | |
| <u>LUNDI SOIR</u> | | | | |
| MARDI MATIN | | | | |
| <u>MARDI SOIR</u> | | | | |
| JEUDI MATIN | | | | |
| <u>JEUDI SOIR</u> | | | | |
| VENDREDI MATIN | | | | |
| <u>VENDREDI SOIR</u> | | | | |

Nom et Prénom d'un des parents : _____

Adresse : _____

Tel : _____

SIGNATURE