



**MOIS**  
.....

**ÉCOLE MATERNELLE**  
**TEMPS d'ACTIVITES PERISCOLAIRES**

NOM DE L'ELEVE : ..... PRENOM : .....

NOM DU PROFESSEUR : ..... CLASSE : .....

SEMAINES	LUNDI	JEUDI	TOTAL
	TAP 16 h 15	TAP 16 h 15	
N°			
N°			
N°			
N°			
N°			

**SERVICE RESTAURATION SCOLAIRE** – 3 rue Pierre Guérin - TEL : 04.66.74.61.82  
 Cocher les cases correspondantes aux jours de fréquentation POUR LE MOIS

Signature des parents



**MOIS**  
.....

**ÉCOLE MATERNELLE**  
**TEMPS d'ACTIVITES PERISCOLAIRES**

NOM DE L'ELEVE : ..... PRENOM : .....

NOM DU PROFESSEUR : ..... CLASSE : .....

SEMAINES	LUNDI	JEUDI	TOTAL
	TAP 16 h 15	TAP 16 h 15	
N°			
N°			
N°			
N°			
N°			

**Service RESTAURATION SCOLAIRE** – 3 rue Pierre Guérin - TEL : 04.66.74.61.82  
 COCHER LES CASES CORRESPONDANTES AUX JOURS DE FREQUENTATION POUR LE MOIS

Signature des parents

