



MOIS
.....

ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE
TEMPS d'ACTIVITES PERISCOLAIRES

NOM DE L'ELEVE : PRENOM :

NOM DU PROFESSEUR : CLASSE :

SEMAINES	MARDI	VENDREDI	TOTAL	
	TAP 16 h 00	TAP 16 h 00		
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 ÉLÉMENTAIRE
TEMPS d'ACTIVITES PERISCOLAIRES

NOM DE L'ELEVE : PRENOM :

NOM DU PROFESSEUR : CLASSE :

SEMAINES	MARDI	VENDREDI	TOTAL	
	TAP 16 h 00	TAP 16 h 00		
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

