



MOIS

ÉCOLE MATERNELLE  
accueil matin / soir

Nom de l'élève : .....Prénom : .....

Nom du professeur : .....Classe : .....

JOURS	LUNDI		MARDI		MERCREDI	JEUDI		VENDREDI	
SEMAINES	ACCUEIL 7h30-8H45	ACCUEIL 16h30-18H00	ACCUEIL 7h30-8H45	ACCUEIL 16h30-18H00	ACCUEIL ALSH 8H00 /12H00	ACCUEIL 7h30-8H45	ACCUEIL 16h30-18H00	ACCUEIL 7h30-8H45	ACCUEIL 16h30-18H00
N°									
N°									
N°									
N°									
N°									

Cocher les cases correspondantes aux jours de fréquentation pour l'année

Service **restauration scolaire** – 3 rue Pierre Guérin - tel : 04.66.74.61.82

Signature des parents



MOIS

ÉCOLE MATERNELLE  
accueil matin / soir

Nom de l'élève : .....Prénom : .....

Nom du professeur : .....Classe : .....

JOURS	LUNDI		MARDI		MERCREDI	JEUDI		VENDREDI	
SEMAINES	ACCUEIL 7h30-8H45	ACCUEIL 16h30-18H00	ACCUEIL 7h30-8H45	ACCUEIL 16h30-18H00	ACCUEIL ALSH 8H00 /12H00	ACCUEIL 7h30-8H45	ACCUEIL 16h30-18H00	ACCUEIL 7h30-8H45	ACCUEIL 16h30-18H00
N°									
N°									
N°									
N°									
N°									

Cocher les cases correspondantes aux jours de fréquentation pour l'année

Service **restauration scolaire** – 3 rue Pierre Guérin - tel : 04.66.74.61.82

Signature des parents

