



FORMULAIRE D'INSCRIPTION
ALSH DU 19 AU 23 OCTOBRE 2026



RESPONSABLE LEGAL

NOM : _____

PRENOMS : _____

ADRESSE : _____

CP : _____ VILLE : _____

E-Mail : _____

Allocataire : ☐ CAF

☐ MSA

☐ AUTRE

N° : _____

 :

 :

NOM de l'enfant : _____

PRENOMS de l'enfant : _____

Date de naissance : _____ Age : _____

Journée avec repas ☐ Journée sans repas ☐