

**CENTRE DE LOISIRS DE LA FRATERNELLE TOUSSAINT 2024**  
**ENFANTS**

Nom-prénom : .....  
né(e) le ..... Sexe : F / M

Nom-prénom : .....  
né(e) le ..... Sexe : F / M

Nom-prénom : .....  
né(e) le ..... Sexe : F / M

**PARENTS**

Nom-prénom mère : .....

Profession et employeur : .....

Portable : .....

Mail : @

Nom-prénom père : .....

Profession et employeur : .....

Portable : .....

Mail : @

Domicile : .....

CP : ..... Ville : ..... Fixe : .....

N° CAF : ..... Département : .....

QF : ..... Prix/SEMAINE: .....€

**REGLEMENT INTERNE**

Je soussigné(e) ..... responsable de(s) l'enfant(s) :  
..... déclare avoir pris connaissance du règlement  
interne du Centre de loisirs et l'accepter sans réserve.

Le ...../...../2024

Signature du responsable de l'enfant

**PERIODES** : (entourer la période choisie)

**S1 (5 jours)** du lundi 21/10 au vendredi 25/10 prix : .....€

**S2 (4 jours)** du lundi 28/10 au vendredi 31/10 prix : .....€

**TARIFS** :

PERIODE : S1 - S2 x ..... enfant(s) = .....€

DEDUCTION Mairie : .....€ x ..... j x ..... enfants = - .....€

DEDUCTION Comité d'Entreprise - .....€

**TOTAL :** ..... € (1)

**RESTAURATION : 5.00 €/REPAS** (entourer les dates choisies)

**S1** : 21/10— 22/10 - 23/10 - 24/10 - 25/10

**S2** : 28/10— 29/10 - 30/10 - 31/10

Nbre de repas : ..... x ..... enfants x 5.00 € = .....€ (2)

**TOTAL A REGLER (1 + 2)** = .....€

**PAIEMENT** :  Espèces .....€  Chèques vacances : .....€

chèque(s)  CB : .....€  chèque caution : .....€

virement(s)

€..... Bque : ..... nom : ..... encaissé le ...../...../24

€..... Bque : ..... nom : ..... encaissé le ...../...../24

Réglé : OUI / NON  Facture  doc CE  Fiche sanitaire

**COMMENTAIRE** : .....

.....