

DEPARTEMENT DE LA REUNION



COMMUNE DES AVIRONS

DEMANDE D'INSCRIPTION A UN ACCUEIL DE LOISIRS
07 au 19 janvier 2019.

REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT

NOM et PRENOM du représentant légal :

Adresse :

Ville :

Téléphone : 02 62...../06 92

ENFANT BENEFICIAIRE

Nom :.....

Prénom(s) :

Date de Naissance.....Lieu :.....

Classe actuelle :.....Ecole :.....

L'enfant a participé à l'accueil de loisirs de la période juillet 2018:

OUI NON

Fait aux Avirons le2018.

Signature du demandeur

**! FICHE A RETOURNER AU SERVICE TEMPS LIBRES DE LA MAIRIE DES AVIRONS AVANT
LE 16 novembre 2018.**

Fax : 0262383384 ou temps-libre@mairie-avirons.fr