

# COMMUNAUTE DE COMMUNES PAYS SEGALI



## VACANCES SCOLAIRES

A RETOURNER A L'ACCUEIL DE LOISIRS

### ENFANT

NOM

PRENOM

ADRESSE

E-MAIL

### METTRE LES DATES ET COCHEZ LES CASES

	LUNDI ___ / ___	MARDI ___ / ___	MERCREDI ___ / ___	JEUDI ___ / ___	VENDREDI ___ / ___
1/2 JOURNEE MATIN					
1/2 JOURNEE APRES-MIDI					
JOURNEE ENTIERE					
REPAS					

A ....., le .....

Signature des représentants légaux