

ÉTABLISSEMENT ACCUEIL LOISIRS FIGANIERES

VILLAGE :

NOM du père :

NOM de la mère :

NOM de(s) l'enfant(s) :

Prénom (s) :

.....
-------	-------	-------

Age :

.....
-------	-------	-------

date de Naiss.

--	--	--

Adresse :

.....



.....

.....

.....
N°.Alloc.CAF.....

MAIL:.....@.....

Autre.....

ACOMPTE de 25€ par semaine réservée

SÉJOUR DE LA TOUSSAINT 2017			
Semaines	Réservée	Payée	N° chèque
23 au 27 Oct			
30 Oct au 03 Nov			