

LE(LES) PARTICIPANT(S)

● PREMIER ENFANT

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :
Age : Date de naissance : Lieu de Naissance :

● DEUXIÈME ENFANT

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :
Age : Date de naissance : Lieu de Naissance :

● TROISIÈME ENFANT

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :
Age : Date de naissance : Lieu de Naissance :

LES ENFANTS RETOURNENT AVEC:

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITÉ

(DURANT LES PÉRIODES D'ACCUEIL / ÉCOLE DES DEVOIRS – MATIN + SOIR) :

Nom: N° de tel : N° de GSM :
 Nom: N° de tel : N° de GSM :

FACTURE ADRESSÉE À

Nom : Prénom :
Adresse :

N° de téléphone + GSM : E-mail :

Je désire recevoir les factures de l'asbl Récréagique.Villers par e-mail : Oui Non

Je soussigné,,
déclare avoir transmis toutes les informations importantes sur mon enfant.

En inscrivant mon(mes) enfant(s), j'accepte le Règlement d'Ordre Intérieur et la politique de confidentialité de l'asbl.

Date + signature