

FICHE DEMANDE INSCRIPTION

ACCUEIL DES ENFANTS DE 3 A 12 ANS POUR LE WEEK-END

À l'attention des personnels soignants

NOM-PRENOM PARENT 1	
Employeur PARENT 1	
Profession PARENT 1	
NOM-PRENOM PARENT 2	
Employeur PARENT 2	
Profession parent 2	
Adresse de la famille	
NOM-PRENOM ENFANT 1	
date de naissance enfant 1	
NOM-PRENOM ENFANT 2	
date de naissance enfant 2	
École de regroupement	
Téléphone PARENT 1	
Téléphone PARENT 2	
adresse mail	

Jours de présence	Samedi.....	Dimanche.....
horaires		

Observations	
--------------	--

À renvoyer par mail à dee@ville-rennes.fr