

Date d'inscription : / /

INSCRIPTION PARENTS

BABYSITTING

SOUTIEN SCOLAIRE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Communauté de Commune du Créonnais :

Oui

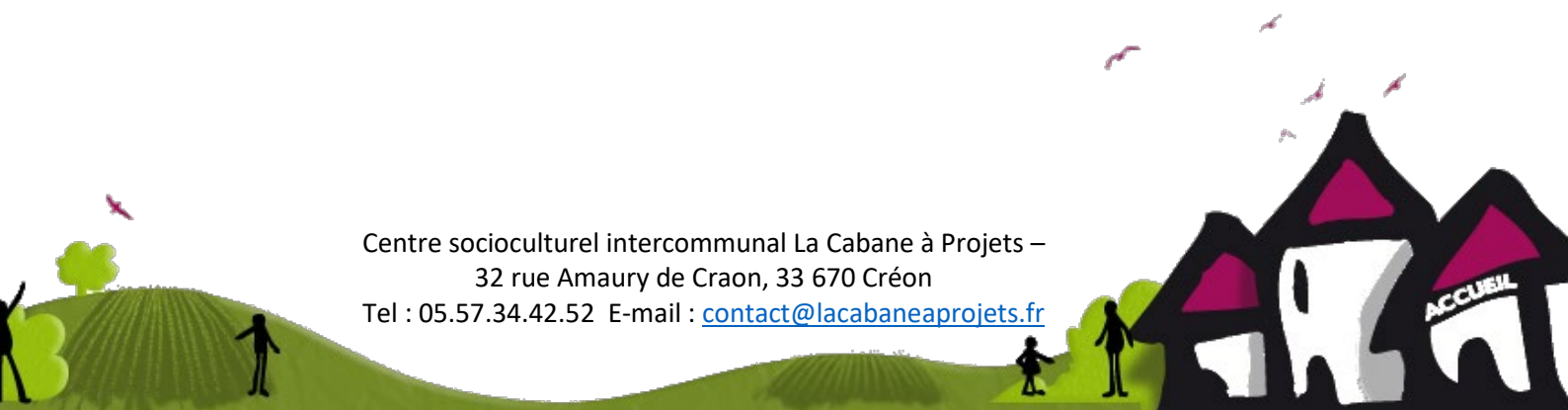
Non

Téléphone : Contact en cas d'urgence :

Email @ :

ENFANTS :

Prénom de l'enfant	Age	Observations particulières



Période souhaitée :

Occasionnelle

Régulière

BABY-SITTING

Jours et Missions (repas, bains)

Lundi - Horaires :h..... /h..... :

Mardi - Horairesh..... /h..... :

Mercredi - Horairesh..... /h..... :

Jeudi - Horairesh..... /h..... :

Vendredi - Horairesh..... /h..... :

Samedi - Horairesh..... /h..... :

Dimanche - Horaires.....h..... /h..... :

SOUTIEN SCOLAIRE

Niveau(x) scolaire : Niveau primaire Niveau 6^{ème} Niveau 5^{ème}

Niveau 4^{ème}

Niveau 3^{ème}

Autre :

Matière(s) : Français Mathématique Histoire / Géo

Langue(s) :

Autre :

Renseignements complémentaires :

.....
.....

Je certifie exactes les informations ci-dessus et reconnais avoir pris connaissance de la charte en pièce-jointe.

SIGNATURE :

Précédée de « lu et approuvé »



