CONFIRMATION DE RESERVATION MULTI-ACCUEIL DE BOULAY ET MICRO-CRECHE DE PIBLANGE COMMUNAUTE DE COMMUNES DU PAYS BOULAGEOIS / A.A.S.B.R.

Nous soussigned	es Mr			et Mme	e	
agissant en qua	alité de		père		mère	☐ autre (à préciser)
Domiciliés (1)						
Travaillant à (2)					
Profession .						
Téléphone fixe						
Téléphone port	able					
Mail						
Représentant C	AF		N°	^o Allocat	taire CAF	
Autres régimes	(MSA, SNO	CF)				
confirme la der	mande de p	olacem	ent de notre	enfant		
Nom –Prénoms	5					
Date de naissa	nce			à .		
PERIODE d'Acc	ueil souhai	itée :	à partir du			
			Jusqu'au			
Crèche : Choix	1:		Boulay		☐ Piblange	
Choix	(2:		Piblange		☐ Boulay	

- (1) Adresse complète père et mère si adresse différente
 (2) Nom de l'employeur et localité de l'entreprise

endrier hebd						
		-				
ettre une croix	dans les ca	ses choisi	es)			
		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
7h00	7h30					
7h30	8h00					
8h00	8h30					
8h30	9h00					
9h00	9h30					
9h30	10h00					
10h00	10h30					
10h30	11h00					
11h00	11h30					
11h30	12h00					
12h00	12h30					
12h30	13h00					
13h00	13h30					
13h30	14h00					
14h00	14h30					
14h30	15h00					
15h00	15h30					
15h30	16h00					
16h00	16h30					
16h30	17h00					
17h00	17h30					
17h30	18h00					
18h00	18h30					
18h30	19h00					
<u> </u>		•	1			1

Signature :