

**Accueil de Loisirs Périscolaire (ALP)**  
**Ecole Geneviève DE GAULLE-ANTHONIOZ**  
**Avenue de Béziers, 34450 VIAS**  
 Port : 06/73/48/93/99    Fixe : 04/67/09/25/41  
 Mail : [alp@ville-vias.fr](mailto:alp@ville-vias.fr)

N° .....

**Attention : Aucune fiche de vœux ne sera prise en compte par mail**

## FICHE DE VŒUX

### ALP DU MATIN

# 2<sup>ème</sup> TRIMESTRE : DU 8 JANVIER AU 13 AVRIL 2018

**Début des inscriptions : 10 novembre 2017**

**Fin des inscriptions : 17 novembre 2017**

**Fiche de vœux obligatoire.** Aucun enfant ne sera accueilli si non-retour de cette fiche. A remettre à la Direction du Service Enfance et Jeunesse à l'école Geneviève DE GAULLE-ANTHONIOZ ou au Centre aéré Nelson MANDELA.

**ENFANT** : Nom.....Prénom.....Né(e).....

**RESPONSABLE** : Nom.....Prénom.....Téléphone :.....

JANV	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
FEV	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			
MARS	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
AVR	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	

Fait à Vias, le.....

Signature



**Accusé de réception fiche de vœux ALP Matin du 8 janvier au 13 avril 2018**

**ENFANT** : Nom..... Prénom..... Né(e).....

Date et signature (réservé au service)

## COMMISSION D'ADMISSION

- Toutes les fiches de vœux seront soumises à la Commission d'attribution de places qui aura lieu le **22 novembre 2017** pour validation.
- L'inscription sera confirmée aux familles par courrier.
- Le paiement de la période demandée s'effectuera du **30 novembre au 8 décembre 2017**.
- **Tarifs :**

Quotients familiaux par tranches	ALP matin
Moins de 800€ (plancher)	1,00€
Plus de 801€ (plafond)	1,10€

## ACCUEIL

**7h30-8h40** : Accueil dans les locaux de l'école Geneviève DE GAULLE-ANTHONIOZ

Aucun enfant ne sera accepté en dehors des heures.

## ABSENCES

**Tous les jours réservés sont dus.**

**Pour toutes absences** : 3 jours de carences seront appliqués sur présentation d'un certificat médical.



JANV	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
FEV	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			
MARS	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
AVR	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	