

**Accueil de Loisirs Périscolaire (ALP)**  
**Ecole Geneviève DE GAULLE-ANTHONIOZ**

**Avenue de Béziers, 34450 VIAS**

N°.....

Port : 06/73/48/93/99    Fixe : 04/67/09/25/41

Mail : [alp@ville-vias.fr](mailto:alp@ville-vias.fr)

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

**FICHE DE VŒUX**  
**ALP DU SOIR**  
**2ème TRIMESTRE : DU 7 Janvier au 19 Avril 2019**

**Début des inscriptions : 19 Novembre 2018**

**Fin des inscriptions : 23 Novembre 2018**

**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.....Classe.....

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

JANV	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	J
	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	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			
	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	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	D
	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
AVRIL	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	
	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 SOIR du 07 Janvier au 19 Avril 2019**

**ENFANT** : Nom..... Prénom..... Classe.....

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 **29 Novembre 2018** pour validation.
- L'inscription sera confirmée aux familles par courrier.
- Le paiement de la période demandée s'effectuera du **10 au 14 Décembre 2018**.
- **Tarifs :**

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

## ACCUEIL

**17H15-18H30** : 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	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	J
	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	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			
	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	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	D
	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
AVRIL	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	
	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	