

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

N°.....

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

FICHE DE VŒUX
ALP DU MATIN
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 Matin 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 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	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	