

PLANNING DE L'ACCUEIL PERISCOLAIRE

MOIS DE

1er enfant : Nom Prénom.....Nom de l'enseignantClasse :

2ème enfant : Nom PrénomNom de l'enseignantClasse :

3ème enfant : Nom Prénom Nom de l'enseignantClasse :

DATES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Matin															
Soir															

DATES	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Matin																
Soir																

Ce planning est à remettre en mairie impérativement avant le **20** du mois pour le mois suivant

réservé mairie
reçu le :

Signature obligatoire :