

# COUPON D'INSCRIPTION

Je soussigné, Madame, Monsieur, ..... assistant(e) maternel(le),

Domicilié : .....

**souhaite participer aux activités mises en place par le Relais Petite Enfance.**

Je serai accompagné(e) des enfants suivants :

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : / /

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : / /

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : / /

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : / /

**Date :**

**Signature :**



**Communauté de communes Gâtinais Val-de-Loing  
> Relais Petite Enfance**

**Alexia RENOARD** 06 27 87 70 71  
**Thierry LAGARDE** 06 46 46 85 22

16 route de Souppes - 77570 Château-Landon  
Tél : 01 64 29 20 48 @rpe@ccgvl77.fr

