

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 RENOUARD 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

