



Demande de participation

Centre aéré

AIDE ATTRIBUÉE : 6€/JOUR ET PAR ENFANT

Prénom et NOM de l'enfant : _____

Adresse : _____

Classe : _____

Numéro de téléphone : _____

Email : _____



JUSTIFICATIFS A FOURNIR

- Facture acquittée
- Justificatif de domicile
- RIB

CONDITIONS

- Habiter SPLG depuis + de 3 mois
- Prise en charge du mois de juillet ou août

VISA DU MAIRE :

Mairie de SAINT PIERRE LA GARENNE
98 RD 6015
27600 SAINT PIERRE LA GARENNE
02 32 52 51 24
mairie-st-pierre-garenne@orange.fr

