

Inscription hors délai

Désistement hors délai

ENFANT

Nom et Prénom :

Ecole et classe :

Dates concernées :

PARENTS

Nom et Prénom :

Profession :

Mail :

RAISONS INVOQUEES

Raison professionnelle

Cause exceptionnelle

Raison médicale

COVID-19

PIECES JUSTIFICATIVES FOURNIES

Attestation de l'employeur

Certificat médical

Autres

REMARQUES

.....
.....
.....

DATE ET SIGNATURE :

DECISION DE LA COMMISSION MIXTE (élus et parents) :

Remboursement : OUI NON

Nombre de jours :

Absence pour maladie (1 jour de carence) - Remboursement Nombre de jours restants :