

ÉTUDE SURVEILLÉE

Je soussigné(e)
désire que mon enfant en classe de

- NE RESTE PAS À L'ÉTUDE
- RESTE À L'ÉTUDE LES JOURS SUIVANTS :

	Sortie 17h	Sortie 17h30	Sortie 18h
LUNDI			
MARDI			
JEUDI			
VENDREDI			

Merci de cocher les cases correspondant à votre choix.

LES FRAIS SERONT RAJOUTÉS SUR VOTRE FACTURE HABITUELLE ET LE RÈGLEMENT S'EFFECTUERA SELON LE MODE QUE VOUS AVEZ DÉJÀ CHOISI. TOUT MOIS COMMENCÉ SERA DÛ.

Fait à, Le

Signature des Parents :

DOCUMENT À RENDRE AU PROFESSEUR DES ECOLES