



MUNICIPALITÉ DE
ST-MARTIN

CONTRAT DE FRÉQUENTATION

CHANGEMENT DE CONTRAT

Année scolaire 20____ / 20____

Nom et prénom de l'enfant _____

Date de naissance _____

Nom et prénom du représentant légal _____

Adresse mail _____ Téléphone _____

Rappel de la fréquentation

45% jusqu'à 3 heures
50% de 3 heures à 5 heures
75% de 5 heures à 7 heures
100% dès 7 heures

Structure

crèche
 nurserie
 UAPE

Rabais fratrie

5%
 10%
 15%

| | <u>Déjeuner</u> | <u>Heure d'arrivée</u> | <u>Repas midi</u> | <u>Heure de départ</u> | <u>Goûter</u> | <u>%</u> |
|---|--------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|----------|
| Lundi | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Mardi | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Mercredi <i>(seul St-Martin)</i> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Jedi | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Vendredi | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |

Allergie ou intolérance alimentaires _____ (Attestation du pédiatre requise)

Date de début de la fréquentation/du changement _____

Lieu et date :

Signature du représentant légal :
