



MUNICIPALITÉ DE
ST-MARTIN

HORAIRES IRREGULIERS

HORAIRES D'ADAPTATION

Mois _____

Nom et prénom de l'enfant _____

<u>Jour du mois</u>	<u>Déjeuner</u>	<u>Heure d'arrivée</u>	<u>Repas midi</u>	<u>Heure de départ</u>	<u>Goûter</u>
1	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
26	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
27	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
28	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
29	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
30	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
31	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Lieu et date : _____

Signature du représentant légal : _____