

NOM et PRENOM (1 formulaire par enfant) :

DATE DE NAISSANCE :

NOM ET PRENOM DU PARENT (tuteur légal) :

ADRESSE :

TELEPHONE (privé et Natel) :

EMAIL :

Membre de la même famille au club (rabais) ? OUI NON

Doudou (nom :.....) OUI NON (si oui type, surnom)

Lolette OUI NON

L'enfant est-il propre ? OUI NON Phase de Changement

Allergies (alimentaire, dermique) :

L'enfant a-t-il déjà fréquenté une autre structure d'accueil, est-il allé chez une maman de jour ou chez des grands-parents ou autres ? OUI NON (souligner ce qui convient)

Lieu du cours souhaité : Monthey Martigny

JOURS A CHOIX	lundi <input type="checkbox"/>	mardi <input type="checkbox"/>	mercredi <input type="checkbox"/>	jeudi <input type="checkbox"/>	vendredi <input type="checkbox"/>
HORAIRES *	de 08h30-12h00 <input type="checkbox"/>	de 08h30-12h00 <input type="checkbox"/>	de 08h30-12h00 <input type="checkbox"/>	de 08h30-12h00 <input type="checkbox"/>	de 08h30-12h00 <input type="checkbox"/>
	de 13h30-17h00 <input type="checkbox"/>	de 13h30-17h00 <input type="checkbox"/>	de 13h30-17h00 <input type="checkbox"/>	de 13h30-17h00 <input type="checkbox"/>	de 13h30-17h00 <input type="checkbox"/>

DESIRE PAYER : (Merci de remplir une formule de paiement, sinon le tarif semestre sera appliqué.)

EN JUIN - 10% DE RABAIS AU SEMESTRE 5 mois (août et janvier)
 A L'ANNEE (août) AU MOIS EN 10X (uniquement P'tits Bilingues)

J'accepte l'administration de gouttes Rescue, d'Arnica en granules, ou l'application de pommade à l'arnica, Bépánthen, désinfectant ou de la crème solaire OUI NON

J'accepte que les images de mon enfant soient utilisées dans le cadre d'illustration publicitaire des activités de l'English Center OUI NON

Date du début des cours : Date de signature : Signature (parent pour les mineurs) :

(Par votre signature vous confirmez avoir lu et accepté les conditions générales)