

INSCRIPTION VACANCES / URLAUB EINSCHREIBUNG

Chrëschttag / Noël

ENFANT / KIND

Nom / Name : _____

Prénom / Vorname : _____

Carte chèque service accueil ? oui ☐

non ☐

Titulaire de classe / Lehrer(in) : _____
(si connu / falls bekannt)

Cycle / Zyklus : ☐ 1.P ☐ 1 ☐ 2.1 ☐ 2.2 ☐ 3.1 ☐ 3.2 ☐ 4.1 ☐ 4.2

MODULES D'ACCUEIL / BETREUUNGSSMODULE

SEMAINE DU - AU / WOCHE VOM - BIS

24.12.18 - 28.12.18

2018	MATIN/MORGEN			
DE/A - VON/BIS	6.30-7.00	7.00-8.00	8.00-10.00	10.00-12.00
LUNDI/MONTAG	/	/	/	/
MARDI/DIENSTAG	/	/	/	/
MERCREDI/MITTWOCH	/	/	/	/
JEUDI/DONNERSTAG	/	/	/	/
VENDREDI/FREITAG	/	/	/	/

MIDI/MITTAG	APRES-MIDI/NACHMITTAG			
12.00-14.00	14.00-16.00	16.00-18.00	/	18.00-19.00
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/

SEMAINE DU / WOCHE VOM

31.12.18 - 04.01.19

2018/2019	MATIN/MORGEN			
DE/A - VON/BIS	6.30-7.00	7.00-8.00	8.00-10.00	10.00-12.00
LUNDI/MONTAG	/	/	/	/
MARDI/DIENSTAG	/	/	/	/
MERCREDI/MITTWOCH				
JEUDI/DONNERSTAG				
VENDREDI/FREITAG				

MIDI/MITTAG	APRES-MIDI/NACHMITTAG			
12.00-14.00	14.00-16.00	16.00-18.00	/	18.00-19.00
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
			/	
			/	
			/	

Fait à / Erstellt in _____

le / am _____

Signatures des personnes ayant l'autorité parentale / Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Parents / Elteren

Responsable légal / Erziehungsberechtigter

Tuteur / Vormund

**LA PRESENTE FICHE EST A RENVoyer POUR LE / DIESES FORMULAR IST BIS ZUM
A LA MAISON RELAIS / AN DIE MAISON RELAIS REISDORF**

**12/ 11/ 2018
ZURÜCKZUSENDEN.**

Adresse : 12 - 14 route de Larochette L-9391 REISDORF Tel. : 26 87 69 61 Fax : 26 87 83 36

E-mail : mr.reisdorf@arcus.lu