DÉPARTEMENT DE LA VIENNE



MAIRIE

de

# MARÇAY

86370

--------

Tél.: 05 49 60 95 63

contact@marcay.fr

**FORMULAIRE D’INSCRIPTION ÉCOLE DE MARÇAY**

|  |
| --- |
| **Enfant** |
| Classe :……………………………………..Nom : ……………………………………….Prénoms :…………………………………..Date de Naissance : ………………………Lieu de Naissance :……………………… |
| **Père** | **Mère** |
| Nom : ………………………………..Prénoms : …………………………..Adresse : ……………………………………………………………………..N° de téléphone : …………………..Adresse Mail : ……………………… | Nom : ………………………………..Prénoms : …………………………..Adresse : ……………………………………………………………………..N° de téléphone : …………………..Adresse Mail : ……………………… |
| **Garderie du Matin** | **Oui** | **Non** |
| **Garderie du Soir** | **Oui** | **Non** |
| **Cantine**(Si oui, précisez les jours)Lundi Mardi Jeudi Vendredi | **Oui** | **Non** |