

À renvoyer complété à direction@ecoledeblocry.olln.be

Service spécial d'accueil scolaire

Je soussigné(e)

- ☐ Personnel de soins de santé ou de la sécurité publique
☐ Sans autres possibilités que de confier mon (mes) enfant(s) à ses (leurs) grands-parents

Parent de

..... classe de
..... classe de
..... classe de
..... classe de

Souhaite un accueil les jours suivant

*Merci de bien vouloir faire apparaître **les heures précises de dépose et de reprise** de votre (vos) enfant(s) dans la (les) case(s) pour la (les) journées où, sans autre solution de garde, vous faites appel au **service spécial d'accueil scolaire**.*

Lundi 6/4	Mardi 7/4	Mercredi 8/4	Jeudi 9/4	Vendredi 10/4

Date :

Signature :