FEUILLE D'EMARGEMENT MENSUELLE

MOIS:				
Etablissement:				
Dispositif:	OEPRE			
MEDICA DISANUOVED LINIE CELLIE ESTUDIE DAD MOIS ET DE FAIDE CIONED LES DADENTS ET L'INTEDVENANT/E) A CHAQUIE CEANCE				

MERCI D'ENVOYER UNE SEULE FEUILLE PAR MOIS ET DE FAIRE SIGNER LES PARENTS ET L'INTERVENANT(E) A CHAQUE SEANCE

A NOTER: Une séance sans aucun parent présent est à payer à l'intervenant(e). Mais après 3 séances consécutives sans parent, l'établissement informe le CASNAV et la DIVET et l'atelier est fermé.

PARENTS	PRIMO-ARRIVANTS (5 premières années en France)	NATIONALITE HORS UE	ATELIER DU				
NOM - Prénom	OUI / NON	OUI / NON	Horaire:	Horaire:	Horaire:	Horaire:	Horaire:
			Signature des parents				
INTERVENANT(S) (nom et prénom)							

