

## Bulletin d'inscription

Je souhaite inscrire mon enfant au programme JOS du REPPPOP-FC.

NOM :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Ci-joint les dates des après-midi Santé

---

### Dates des journées Santé enfants 18

<b>Le mercredi de 14h00 à 17h30</b>	<b>Pour les enfants</b>	<b>Pour les parents</b>
Mercredi 19/10/2022	X	X
Mercredi 02/11/2022	X	X
Mercredi 23/11/2022	X	X
Mercredi 07/12/2022	X	X
Mercredi 04/01/2023	X	X

### Dates des journées Santé enfants 18

<b>Le mercredi de 14h00 à 17h30</b>	<b>Pour les enfants</b>	<b>Pour les parents</b>
Mercredi 19/10/2022	X	X
Mercredi 02/11/2022	X	X
Mercredi 23/11/2022	X	X
Mercredi 07/12/2022	X	X
Mercredi 04/01/2023	X	X

## Dates des journées Santé enfants 18

<b>Le mercredi de 14h00 à 17h30</b>	<b>Pour les enfants</b>	<b>Pour les parents</b>
Mercredi 19/10/2022	X	X
Mercredi 02/11/2022	X	X
Mercredi 23/11/2022	X	X
Mercredi 07/12/2022	X	X
Mercredi 04/01/2023	X	X