



# Accueils de loisirs de la CCPG

Parthenay St Aubin

Nom et Prénom de l'enfant: _____	né(e) le : _____
Nom et Prénom de l'enfant: _____	né(e) le : _____
Nom et Prénom de l'enfant: _____	né(e) le : _____
Nom et Prénom du/des Responsable(s) légal(aux): _____	
Adresse : _____	
Code Postal : _____	Ville: _____
Tél. Domicile : _____	Portable de la mère: _____
	Portable du père: _____
E-mail: _____	

## Automne 2024

Lundi 21 octobre	Mardi 22 octobre	Mercredi 23 octobre	Jeudi 24 octobre	Vendredi 25 octobre
matin <input type="checkbox"/>	matin <input type="checkbox"/>	matin <input type="checkbox"/>	matin <input type="checkbox"/>	matin <input type="checkbox"/>
repas <input type="checkbox"/>	repas <input type="checkbox"/>	repas <input type="checkbox"/>	repas <input type="checkbox"/>	repas <input type="checkbox"/>
ap. midi <input type="checkbox"/>	ap. midi <input type="checkbox"/>	ap. midi <input type="checkbox"/>	ap. midi <input type="checkbox"/>	ap. midi <input type="checkbox"/>

Lundi 28 octobre	Mardi 29 octobre	Mercredi 30 octobre	Jeudi 31 octobre	Vendredi 1 novembre
matin <input type="checkbox"/>	matin <input type="checkbox"/>	matin <input type="checkbox"/>	matin <input type="checkbox"/>	<b>Férié</b>
repas <input type="checkbox"/>	repas <input type="checkbox"/>	repas <input type="checkbox"/>	repas <input type="checkbox"/>	
ap. midi <input type="checkbox"/>	ap. midi <input type="checkbox"/>	ap. midi <input type="checkbox"/>	ap. midi <input type="checkbox"/>	

### Cadre réservé à l'administration

CAF	MSA	Feuille d'impôt
N° Allocataire : .....	N° Allocataire : .....	QF : .....
QF : ..... Tranche : .....	QF : ..... Tranche : .....	Tranche : .....
Date du QF : .....		
Prise en charge AEEH :	Oui	Non
.....€ Par jour	.....€ Semaine 1	
.....€ Par 1/2 journée avec repas	.....€ Par 1/2 journée sans repas	.....€ Semaine 2
Montant : ..... par : .....	Reglé le : .....	Reçu N° : .....
Montant : ..... par : .....	Reglé le : .....	Reçu N° : .....



## A compléter

**Uniquement s'il s'agit d'une première inscription où en cas de changement**

Situation familiale: cocher la case correspondante

Marié( e )  Célibataire

Divorcé ( e )  Veuf (ve)

Vie maritale  Séparé ( e )

Pacsé ( e )

Situation professionnelle du père	
Emploi:	
Employeur:	
Adresse:	
Téléphone:	

Situation professionnelle de la mère	
Emploi:	
Employeur:	
Adresse:	
Téléphone:	

Enfant autorisé à rentrer seul?

Oui  Non

Si oui, à partir de quelle heure? \_\_\_\_\_