



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: _____	

Hiver 2023

Lundi 06 Février	Mardi 07 Février	Mercredi 08 Février	Jeudi 09 Février	Vendredi 10 Février
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 13 Février	Mardi 14 Février	Mercredi 15 Février	Jeudi 16 Février	Vendredi 17 Février
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"/>

Cadre réservé à l'administration

CAF	MSA	Feuille d'impôt
N° Allocataire :	N° Allocataire :	QF :
QF : Tranche :	QF : Tranche :	Tranche :
Aide CAF par jour :		
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? _____