



Accueils de loisirs de la CCPG Parthenay/ Saint 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: _____

PRINTEMPS 2026

Lundi 6 avril	Mardi 7 avril	Mercredi 8 avril	Jeudi 9 avril	Vendredi 10 avril
Féié	matin <input type="checkbox"/> repas <input type="checkbox"/> ap. midi <input type="checkbox"/>	matin <input type="checkbox"/> repas <input type="checkbox"/> ap. midi <input type="checkbox"/>	matin <input type="checkbox"/> repas <input type="checkbox"/> ap. midi <input type="checkbox"/>	matin <input type="checkbox"/> repas <input type="checkbox"/> ap. midi <input type="checkbox"/>

Lundi 13 avril	Mardi 14 avril	Mercredi 15 avril	Jeudi 16 avril	Vendredi 17 avril
matin <input type="checkbox"/> repas <input type="checkbox"/> ap. midi <input type="checkbox"/>	matin <input type="checkbox"/> repas <input type="checkbox"/> ap. midi <input type="checkbox"/>	matin <input type="checkbox"/> repas <input type="checkbox"/> ap. midi <input type="checkbox"/>	matin <input type="checkbox"/> repas <input type="checkbox"/> ap. midi <input type="checkbox"/>	matin <input type="checkbox"/> repas <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 :		
Aide déduite par jour:	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° :
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? _____