



Insérer  
Photo  
d'identité  
récente

## FICHE D'INSCRIPTION SÉJOUR 2025

### ÉTAT CIVIL DE L'ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Né(e) le ..... A : ..... Âge : .....

RESPONSABLE LEGAL :  Père  Mère  Tuteur

Nom : ..... Prénom : ..... Né le : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Profession : ..... Tél. Travail : ..... Tél. Domicile : .....

Tél. Portable : ..... Email : .....@.....

RESPONSABLE LEGAL :  Père  Mère  Tuteur

Nom : ..... Prénom : ..... Né le : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Profession : ..... Tél. Travail : ..... Tél. Domicile : .....

Tél. Portable : ..... Email : .....@.....

### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES OBLIGATOIRES

Situation de famille : **Célibataire - Marié(e) - Divorcé(e) - Vie Maritale - Séparé(e) - Pacsé(e)**

N°Sécurité Sociale (où figure l'enfant) : .....

N°Allocataire CAF : .....

Nom du Médecin : ..... Tél. : .....

SERVICE ENFANCE - JEUNESSE

2-4 rue du Mont Louvet – 91640 FONTENAY LES BRIIS - Tél. : 01.64.90.73.82 Email : [centredeloisirs@cc-paysdelimours.fr](mailto:centredeloisirs@cc-paysdelimours.fr)  
[www.cc-paysdelimours.fr](http://www.cc-paysdelimours.fr)

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX OU UTILES CONCERNANT L'ENFANT : traitement médical, maladie, crises, asthme, énurésie, régime alimentaire particulier...**

**Allergies connues (Alimentaires ou médicamenteuses) avec la copie du Protocole d'Accueil Individualisé :**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  oui  non Si oui lequel : .....

**Si oui remettre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice) en cas de P.A.I : Copie du P.A.I signé par le médecin scolaire.**

L'enfant est-il porteur d'un handicap ?  oui  non Si oui lequel : .....

**Je réserve le séjour choisi par mon enfant selon son groupe :**

- Séjour CE1/CE2 – Base de Loisirs Pont d'Ouilly du 21 au 25 Juillet**
- Séjour CM1/CM2 – Base de Loisirs de Clecy du 21 au 25 Juillet**
- Séjour ADOS – Base de Loisirs de Clecy du 21 au 25 Juillet**

**CALCUL QUOTIENT FAMILIAL (Ne pas remplir)**

Revenu Brut Global :

NB de parts :

Tranche :

Calcul du QF = (Revenu Brut Global ÷ 12) ÷ Nbre de parts fiscales

	QF1	QF2	QF3	QF4	QF5	QF6
Q. F.	0 à 599,99	600 à 999,99	1000 à 1199,99	1200 à 1499,99	1500 à 1599,99	1600 et plus

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, ....., responsable légal de l'enfant

**Nom et prénom de l'enfant :** .....

- Accepte que mon enfant soit photographié et donne autorisation à la CCPL d'utiliser les clichés pour sa communication (besoin du service enfance/jeunesse, site Internet CCPL, réseaux sociaux CCPL (Facebook, Twitter LinkedIn), newsletter CCPL, magazine CCPL, rapport d'activité CCPL, etc.)
- Autorise mon enfant, à participer à toutes les activités organisées par le service Enfance-Jeunesse, y compris les sorties,
- Autorise le directeur du centre et le médecin consulté, en cas d'accident, à prendre toutes les dispositions rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

**Je déclare que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts, et j'accepte les conditions des séjours 2025.**

Date : .....

SIGNATURE du représentant légal