



Insérer
Photo
d'identité
récente

FICHE D'INSCRIPTION STAGE 2023

ÉTAT CIVIL DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

Né(e) le A : Âge :

RESPONSABLE LEGAL : Père Mère Tuteur

Nom : Prénom : Née le :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Profession: Tél. Travail : Tél. Domicile :

Tél. Portable : Email :@.....

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
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.

Je réserve le stage choisi par mon enfant :

- Stage sports collectifs et inter-individuels - Gymnase de Briis-sous-Forges du 10 au 13 juillet 2023 (7 - 11 ans --- CE1 à CM2)**

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,
 Autorise mon enfant, à participer à toutes les activités organisées pendant la durée du stage.
 Autorise le directeur du séjour 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 stages 2023.

Date :

SIGNATURE du représentant légal