



Insérer  
Photo  
d'identité  
récente

## FICHE D'INSCRIPTION SÉJOUR 2026

### 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 : .....

L'enfant est-il reconnu auprès de la MDPH ☐ oui ☐ non

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

- ☐ **Séjour CE1/CE2 – Domaine de Chamarande du 6 au 10 Juillet**
- ☐ **Séjour CM1/CM2 – Base de Loisirs de Clecy du 20 au 24 Juillet**
- ☐ **Séjour ADOS – Base de Loisirs de Clecy du 20 au 24 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 2026.**

Date : .....

SIGNATURE du représentant légal