



Avec le soutien de la CAF des Yvelines

## Dossier d'inscription Accueils de loisirs de CHAPET



Pour inscrire votre/vos enfant/s à accueil de loisirs vous devez remettre au responsable de l'accueil de loisirs un dossier annuel complet comprenant :

### Document à compléter

1. Une fiche de renseignements avec photo de l'enfant
2. Une fiche sanitaire de liaison
3. L'attestation de connaissance du règlement intérieur dûment signée et complétée (en annexe)
4. Dossier de calcul du Quotient Familial complété

*Ces documents sont disponibles en téléchargement sur le site de l'ifac ou en format papier à l'accueil de loisirs.*

### Pièces à fournir

- Attestation d'assurance responsabilité civile extra-scolaire
- Ordonnance de moins de 3 mois et traitement ou PAI (Si besoin)
- L'avis d'imposition (dernier avis)
- Photocopie des pages de vaccinations obligatoires (la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite)
- Copie du Livret de famille ou autre document justifiant de l'autorité parental si nécessaire

[www.ifac.asso.fr](http://www.ifac.asso.fr)

Institut de formation, d'animation et de conseil - Association à but non-lucratif à vocation éducative, sociale et territoriale.



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### Accueil de loisirs :

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Age :                  Date de naissance :

Lieu de naissance :

N° de sécurité sociale de l'enfant :

Adresse de l'enfant :

PHOTO

### RESPONSABLE LEGAL 1

N° d'allocataire CAF :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél domicile :

Email :                                  @

Tél professionnel resp. légal 1 :

Tél portable resp. légal 1 :

### RESPONSABLE LEGAL 2

N° d'allocataire CAF :

Nom : .

Prénom :

Adresse :

Tél domicile :

Email :                                  @

Tél Professionnel resp. légal 2 :

Tél portable resp. légal 2 :

### ASSURANCES

Ifac Yvelines a souscrit un contrat d'assurance "Responsabilité Civile" dans le cadre de l'organisation de l'Accueil de Loisirs. Cette assurance ne couvre que la responsabilité de Ifac et de son personnel pour les dommages qu'ils pourraient causer à autrui. Nous demandons aux familles de contrôler la validité de leur assurance "Responsabilité Civile" et d'assurer leurs enfants à la pratique des activités extrascolaires.

**Nom de l'assurance :**

**n° de police :**

(Merci de nous fournir une photocopie).

### REGIME C.A.F

La C.A.F demande aux organisateurs d'accueils de mineurs d'identifier les inscrits par nature de régime, afin de définir au mieux la prestation de service.

Merci de cocher le régime correspondant à votre affiliation

Régime général et fonctionnaire

Régime agricole

Autre régime

### **AUTORISATIONS ET INFORMATIONS DIVERSES**

#### ■ Autorisation de baignade

- Votre enfant sait-il nager ? OUI                  NON
- Autorisez-vous votre enfant à participer aux activités aquatiques ? OUI                  NON

[www.ifac.asso.fr](http://www.ifac.asso.fr)

Institut de formation, d'animation et de conseil - Association à but non-lucratif à vocation éducative, sociale et territoriale.

## ■ Autorisation du droit à l'image

Le représentant légal autorise OUI NON

L'ifac à réaliser des prises de vues photographiques des enfants, pendant le déroulement des activités du centre.

Il autorise l'ifac à utiliser librement ces photographies, sans demander ni rémunération, ni droits d'utilisation, pour leurs opérations de communication quel qu'en soit le support (document de présentation, brochure, publications, site Internet, expositions ...).

Ces photographies ne feront en aucun cas l'objet de diffusion ou d'utilisation commerciale.

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation des photos ne devront pas porter atteinte à l'image et/ou à la réputation des tiers.

## ■ Autorisation de sortie

- Personnes autorisées à prendre l'enfant à l'Accueil de Loisirs (**personnes majeures uniquement**):

Nom :	Prénom : .	Tél :
Nom :	Prénom :	Tél :
Nom :	Prénom :	Tél :

## ■ Personne à prévenir en cas d'absence des responsables légaux :

M. Mme : Tél :  
Adresse :  
Code Postal : Commune :

## MODALITÉS D'INSCRIPTION ET D'ANNULATION

**Je soussigné(e) responsable légal(e) de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur la présente fiche. J'autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.**

Fait à

le

Signature :

## Documents à fournir pour l'inscription :

- Fiche de renseignement
- 1 fiche sanitaire de liaison ci-jointe (papier ou dématérialisée)
- 1 photo (obligatoire)
- 1 attestation d'assurance extrascolaire
- Extraits du Carnet de santé (photocopie des pages vaccinations)
- L'attestation de connaissance du règlement intérieur
- Attestation de quotient familial CAF (sans attestation le quotient et le tarif maximum seront appliqués).

[www.ifac.asso.fr](http://www.ifac.asso.fr)



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR:

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : taper xx/xx/xx

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des information utiles concernant votre anfant (l'arrêté du 20 Février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Table with 6 columns: Vaccinations Obligatoires, Oui, Non, Dates des derniers rappels, Vaccins recommandés, Dates (taper xx/xx/xx). Rows include Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, Haemophilus, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Hépatite B, Pneumocoque, BCG, and Autres (préciser).

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE INDICATIONS

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : Kg Taille : cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES ALIMENTAIRES : Oui Non
MEDICAMENTEUSES : Oui Non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : Oui Non
Précisez

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser Oui Non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL:
TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL:
TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL:
TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e) responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : (xx/xx/xx) Signature :



Avec le soutien

ACCUEIL DE LOISIRS DE LA COMMUNE DE :



ATTESTATION - Règlement intérieur année :

Afin de nous garantir votre engagement dans le respect du règlement intérieur, veuillez nous retourner l'attestation de connaissance du règlement intérieur signée et la remettre à l'accueil de loisirs.

Je soussigné (e),

Nom :

Prénom

Père,  mère,  responsable légal, de, des enfants :

Nom :

Prénom :

Nom :

Prénom :

Nom :

Prénom :

Fréquentant l'accueil de loisirs de la commune de :

Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs et de l'accueil périscolaire et accepte les modalités de fonctionnement y figurant.

Fait à

, le

Signature

[www.ifac.asso.fr](http://www.ifac.asso.fr)

Institut de formation, d'animation et de conseil - Association à but non-lucratif à vocation éducative, sociale et territoriale.



## DOSSIER DE CALCUL DU QUOTIENT FAMILIAL MENSUEL

Pour bénéficier de l'application du Quotient Familial pour les accueils périscolaires et/ou les accueils de loisirs, ce dossier devra être complété et transmis à ifac accompagné des pièces justificatives.

[Tout dossier incomplet sera retourné](#)

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Nom du/des parents :

### CALCUL DU BAREME

#### A partir du dernier avis d'imposition

Le quotient familial MENSUEL s'obtient en divisant le revenu imposable annuel du foyer fiscal par le nombre de part(s) que vous divisez par 12

Calcul du nombre de part(s) de votre foyer fiscal :

- Couple marié = 2 parts
- Personne seule célibataire, divorcée, séparée, concubine = 1 part
- Ajouter ½ part par enfant, pour les deux premiers
- Ajouter 1 part supplémentaire pour le 3<sup>ème</sup> enfant à charge et les suivants

#### A partir du quotient familial de la CAF

Éditer le montant du quotient familial mensuel fourni par votre CAF.

### QUOTIENT FAMILIAL MENSUEL

Fait le

à

Signature du/des parent/s

[www.ifac.asso.fr](http://www.ifac.asso.fr)

Institut de formation, d'animation et de conseil - Association à but non-lucratif à vocation éducative, sociale et territoriale.