

Dossier d'inscription Accueils de loisirs de TESSANCOURT SUR AUBETTE 2024/2025



Pour inscrire votre/vos enfant/s aux accueils de loisirs vous devez remettre au responsable de l'accueil de loisir 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.

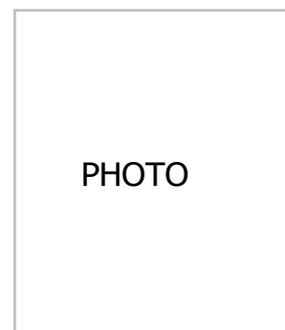
Pièces à fournir

- Attestation d'assurance responsabilité civile extra-scolaire
- Ordonnance de moins de 3 mois et traitement avec PAI (Si besoin)
- L'avis d'imposition (dernier avis) ou attestation de quotient familial de la CAF
- 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 parentale si nécessaire
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Attestations d'employeurs



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 :
Ecole :



Niveau scolaire 2023/2024 : PS MS GS CM1 CP CE1 CE2 CM2

Régime Alimentaire : VIANDE SANS VIANDE

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 l'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

www.ifac.asso.fr

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

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

- **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 de plus de 12 ans révolu**) :

Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>	Tél :	<input type="text"/>	Lien	<input type="text"/>				
Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>	Tél :	<input type="text"/>	Lien	<input type="text"/>				
Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>	Tél :	<input type="text"/>	Lien	<input type="text"/>				
Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>	Tél :	<input type="text"/>	Lien	<input type="text"/>				
Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>	Tél :	<input type="text"/>	Lien	<input type="text"/>				
Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>	Tél :	<input type="text"/>	Lien	<input type="text"/>				

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

M. Mme : Tél :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Lien avec l'enfant :

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 :



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 enfant (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)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES <i>taper xx/xx/xx</i>
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

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

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-REGIME ALIMENTAIRE

VIANDE SANS VIANDE

4-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

(Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficulté 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 :

TESSANCOURT SUR AUBETTE



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) enfant(s) :

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



DOSSIER DE CALCUL DU QUOTIENT FAMILIAL ANNUEL

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 ANNUEL s'obtient en divisant le revenu imposable ANNUEL du foyer fiscal par le nombre de part(s).

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^{ème} enfant à charge et les suivants

A partir du quotient familial de la CAF

Multiplier le montant du quotient mensuel de la CAF par 12.

QUOTIENT FAMILIAL ANNUEL

Fait le

à

Signature du/des parent/s

www.ifac.asso.fr