

Avec le soutien de la
CAF des Yvelines

Dossier d'inscription Accueils de loisirs de GARANCIERES

Pour inscrire votre/vos enfant/s aux accueil de loisirs vous devez remettre au responsable de l'accueil de loisir un dossier annuel complet avant le 4 août 2023 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) 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 parental si nécessaire

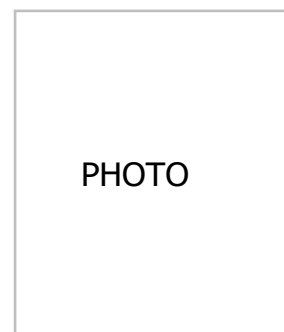
www.ifac.asso.fr

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 :



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

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

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

■ 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).



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 informations 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>
Diphthérie				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 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 : _____

ACCUEILS DE LOISIRS DE LA COMMUNE DE :



GARANCIERES



ATTESTATION - Règlement intérieur année : 2023-2024

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



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 l'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 (mois)

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

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