



Avec le soutien
de la CAF des
Yvelines

Dossier d'inscription

Accueils de loisirs de NEAUPHLE LE VIEUX



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 parentale 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

■ 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



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 taper xx/xx/xx
Diphtérie				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 INDICATIONSo

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'engageà 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 :

Signature :

(xx/xx/xx)



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

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