



Avec le soutien de la
CAF des Yvelines

Dossier d'inscription Accueils de loisirs de GAMBAIS



Pour inscrire votre/vos enfant/s aux accueil de loisirs vous devez remettre au responsable de l'accueil de loisir un dossier annuel 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 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 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 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 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
MÉDICAMENTEUSES : 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 MÉDECIN 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

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 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

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^{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

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