



# FICHE D'INSCRIPTION

## ACCUEIL DE LOISIRS D'AUTOUILLET

Avec le soutien de



Familles non domiciliées sur la commune

**VACANCES DE LA TOUSSAINT 2020**  
Du 26 au 30 octobre inclus

### Renseignements concernant l'enfant

Nom, Prénom : ..... Age : .....

### Calendrier de la période :

Cocher la ou les cases correspondante(s) au(x) jour(s) d'inscription souhaité(s), puis reportez le nombre de jours prévus dans le cadre ci-dessous, pour calculer le montant de votre participation.

Merci de remplir une fiche d'inscription par enfant, même si vous remettez un seul règlement pour plusieurs enfants.

Date	26/10	27/10	28/10	29/10	30/10
Cochez les cases souhaitées →					

### Le tarif

Le tarif est fixé à 30 € par jour et par enfant. Ce tarif comprend, la journée, le goûter et le déjeuner.

### Montant à payer

En cas de paiement par chèque : à l'ordre du trésor public.

Nombre de jours :	Coût unitaire	Total à payer :
	30 €	

Date :

Nom et 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



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2020-2021

**Accueil de loisirs :**   
Nom de l'enfant :   
Prénom de l'enfant :   
Age :  Date de naissance :   
Lieu de naissance :

### RESPONSABLE LEGAL 1

Nom :   
Prénom :   
Adresse :   
Tél domicile :   
Email : @  
Tél professionnel resp. légal 1 :   
Tél portable resp. légal 1 :

### RESPONSABLE LEGAL 2

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).

### RÉGIME 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)

### ■ 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
- Dossier de calcul du Quotient Familial + avis d'imposition ou déclaration CAF ou attestation de QF délivré par la commune

[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 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>
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

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 :