

# DOSSIER D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS EXTRASCOLAIRE 2025/2026 *de Gergy*

## SCOLARITÉ

Votre enfant est inscrit·e en :

Maternelle  Élémentaire

*Photo*

*Obligatoire*

## ENFANT

Nom.....

Prénoms .....

Âge ..... Ans Sexe : F  M

Né(e) le ..... / ..... / ..... à .....

École, classe de l'enfant .....

Adresse (domicile légal) de l'enfant .....

*Votre enfant est porteur de handicap et vous souhaitez un accompagnement spécifique ? Contactez-nous pour un rendez-vous permettant d'organiser l'accueil de votre enfant dans les meilleures conditions.*

## FAMILLE

N° de sécurité sociale auquel est rattaché l'enfant : .....

2e N° de sécurité sociale (si besoin) : .....

### Renseignements concernant le responsable légal 1 ou famille d'accueil

Nom / Prénoms .....

Adresse .....

Tél domicile ..... Tél portable .....

Tél travail .....

Adresse mail.....

Situation familiale du responsable 1 (rayer les mentions inutiles) : Célibataire / mariés / pacsés / union libre ou concubinage / veuf-ve / divorcés ou séparés (fournir copie du jugement si l'autorité parentale a été retirée à un parent)

## Renseignements concernant le responsable légal 2

Nom / Prénoms .....

Adresse .....

Tél domicile ..... Tél portable .....

Tél travail .....

Adresse mail .....

Situation familiale du responsable 2 (rayer les mentions inutiles) : Célibataire / mariés / pacsés / union libre ou concubinage / veuf-ve / divorcés ou séparés (fournir copie du jugement si l'autorité parentale a été retirée à un parent)

## AUTORISATION

J'autorise les personnes suivantes à venir récupérer mon enfant. Ces personnes devront être âgées au moins de 10 ans révolus.

M./Mme ..... Tél : .....

Lien avec l'enfant : .....

M./Mme ..... Tél : .....

Lien avec l'enfant : .....

M./Mme ..... Tél : .....

Lien avec l'enfant : .....

M./Mme ..... Tél : .....

Lien avec l'enfant : .....

### Pour les mineurs fréquentant l'accueil jeunes :

J'autorise / nous autorisons notre enfant à rentrer seul :  Oui  Non

Si oui :

- Sans conditions horaires (à partir de la fin de la demi-journée: 12h/16h30)
- Sous conditions horaires: à partir de ..... h

Lors de certaines activités, les jeunes peuvent être amenés à sortir en autonomie, sous le contrôle et la responsabilité des animateurs.

J'autorise mon enfant à participer aux activités en autonomie :  Oui  Non

## AUTORISATION DE NATATION

- Autorise / Autorisons       N'autorise pas / N'autorisons pas

L'enfant précité à participer aux activités de baignade encadrées et organisées à la piscine ou au lac sous la responsabilité des encadrants : directeur·rices, ou animateurs·rices de l'Ifac.

Pour que mon enfant puisse pratiquer les activités aquatiques du type baignade (sans brassards), canoé, canyoning, paddle, rafting, etc... je joins un test d'aisance aquatique ; sans ce document obligatoire, mon enfant ne pourra pas les pratiquer.

## TRANSPORT ET PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

- J'autorise / Nous autorisons : Les animateurs et le/la directeur·trice de l'ALSH de GERGY à faire transporter mon enfant mentionné ci-dessus par les organismes compétents (SAMU, Pompier, Gendarmerie...) dans un centre hospitalier en cas d'accident et/ ou d'urgence.

À toutes fins utiles, je communique ci-après les coordonnées de la personne à prévenir en cas d'urgence ou d'accident

Nom et prénom : .....

Tél domicile : ..... Tél portable : .....

- J'autorise / Nous autorisons : Les services hospitaliers prenant en charge le patient à pratiquer toutes les interventions médicales et chirurgicales nécessaires.

## DROIT À L'IMAGE

Autorise / Autorisons

N'autorise pas / N'autorisons pas

l'ALSH et l'Ifac à utiliser et à diffuser l'image de mon/notre enfant (photos et vidéos), dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures diffusé sur le site internet et les réseaux sociaux : notamment la page Facebook de l'établissement.

En application de la loi informatique et libertés et des règles de protection des mineurs, les légendes accompagnant les photos ne communiqueront aucune information susceptible d'identifier directement ou indirectement les enfants ou leurs familles. L'usage des images est sans aucun but lucratif et sans publication d'identité.

Autorise / Autorisons

N'autorise pas / N'autorisons pas

l'équipe d'animation à diffuser l'image de mon enfant **dans le cadre strict des accueils de loisirs** (exemple : photos affichées à l'intérieur des structures).

| APPAREILLAGES   | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| <b>Lunettes</b> : votre enfant porte-t-il des lunettes ?  |     |     |
| <b>Appareil dentaire</b> : votre enfant porte-t-il un appareil dentaire ?   |     |     |
| <b>Appareil auditif</b> : votre enfant porte-t-il un appareil auditif ?   |     |     |
| <b>P.A.I (projet d'accueil individualisé)</b><br>Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI ? (Si oui en joindre une copie) |     |     |

## AUTORISATION DE CONSULTATION CDAP (ALLOCATAIRE CAF UNIQUEMENT)

Comme indiqué dans nos grilles tarifaires, la tarification des ALSH est fixée en fonction du quotient familial. Par convention prise avec la Caisse d'Allocations Familiales de La Saône et Loire et afin de simplifier vos démarches, Ifac a la possibilité de consulter, de conserver et d'imprimer votre quotient familial à l'aide de l'outil CDAP.

Cette consultation est soumise à l'accord préalable des parents allocataires Caf et ne sera effectuée que par l'Ifac, habilité par la Caf, et tenu au secret professionnel.

En cas de refus et sans transmission de votre attestation de Quotient Familial CAF à jour, c'est le tarif maximum qui sera appliqué.

Je soussigné(e), Madame, Monsieur :

Autorise                       N'autorise pas

Ifac à :

Consulter                       Conserver                       Imprimer

Le fichier CDAP afin de connaître mon quotient familial et actualiser automatiquement le régime de facturation.

## ALLOCATION D'ÉDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPÉ (AEEH)

Je souhaite signaler que je suis bénéficiaire de l'AEEH pour mon enfant

Oui     Non

(Cette information nous permet de déclarer de manière anonyme les temps passés sur le service pour avoir une aide complémentaire permettant une meilleure inclusion des enfants qui en auraient besoin)

## RÈGLEMENT INTÉRIEUR ET INFORMATIONS

Pour connaître plus en détail le fonctionnement de chaque site, reportez-vous au règlement intérieur et au projet pédagogique dans lesquels vous trouverez tous les éléments de réponse. Pour toute demande particulière ou en cas de soucis, n'hésitez pas à nous contacter.

Je soussigné(é) / Nous soussignons,

.....

- Certifie / certifions l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier ainsi que sur chacun des documents fournis pour notre enfant.
- Atteste / attestons avoir pris connaissance du règlement intérieur.
- Atteste / attestons avoir pris connaissance de l'autorisation de natation.
- Atteste / attestons avoir pris connaissance du transport et prise en charge hospitalière.
- Atteste / attestons avoir pris connaissance de la consultation CDAP.
- Atteste/ attestons avoir pris connaissance du droit à l'image
- Atteste / attestons avoir pris connaissance du projet pédagogique

Fait le : ..... À : .....

Signature du/des responsables légal/légaux, de l'enfant précédée de la mention « *lu et approuvé* » :

## CONDITIONS D'INSCRIPTION

Ce dossier d'inscription à l'accueil de loisirs intercommunal est valable un an du 1er janvier au 31 décembre de l'année en cours. Il doit être déposé **2 semaines avant** dûment complété et signé, accompagné des pièces justificatives listées ci-dessous. **En cas de dossier incomplet, votre enfant ne peut pas être accueilli (décret de mai 2002).**

Pour des raisons de nombre de places, d'organisation des activités, transports et repas, **les réservations devront avoir lieu au minimum 1 semaine avant** la venue de votre enfant à l'accueil de loisirs. Les inscriptions peuvent se faire par mail ou via la fiche de réservation qui vous sera transmise avec le planning d'activités avant chaque période.

## DOCUMENTS À JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER

- Fiche sanitaire de liaison (ci-jointe)
- Copie du carnet de vaccination à jour de votre enfant
- Pour les enfants souffrant d'allergies, demander au médecin un certificat médical indiquant clairement le type d'allergie et la conduite à tenir en cas de survenue d'allergie à l'accueil de loisirs. Si un enfant prend un traitement, celui-ci devra être directement donnée avec l'ordonnance à la directrice de l'accueil de loisirs avec une autorisation parentale écrite.
- Attestation d'assurance de la responsabilité civile précisant les activités extrascolaires.
- Attestation CAF ou MSA (pour la période en cours obligatoirement)
- La notification d'aide au temps libre (si vous en bénéficiez, la Caf vous l'envoie directement. Cela concerne les quotients familiaux en dessous de 721 sous réserve éligibilité)
- Test d'aisance aquatique (obligatoire pour les activités nautiques et la baignade sans brassards)
- Tout d'autre document résultant d'un changement de situation familiale
- **Pour l'accueil jeunes**, un chèque d'adhésion de 10 € à l'ordre de l'Ifac est demandé. Ce chèque concerne uniquement les jeunes inscrits au collège.

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025/2026

photo

Nom.....

Prénom .....

Âge ..... ans    Sexe : F     M

Né(e) le ..... / ..... / ..... à .....

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).

## VACCINATION

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations et joindre une copie du carnet vaccination)

| VACCINATION OBLIGATOIRE |     |     | DATE DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS<br>(et obligatoires pour les enfants nés à partir de 2018) |     |     | DATES |
|-------------------------|-----|-----|---------------------------|--|-----|-----|-------|
|                         | OUI | NON |                           |  | OUI | NON |       |
| 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-indication.

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Allergies : Alimentaires     Oui     Non

Médicamenteuses     Oui     Non

Asthme / autres (animaux, plantes, pollen)  Oui  Non

Précisez : .....  
.....

Si oui, joindre un précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

**Projet d'Accueil Individualisé** : si votre enfant souffre d'une maladie chronique ou d'allergies nécessitant la prise de médicaments ou qu'il a besoin de traitements particuliers, il est nécessaire d'élaborer un PAI.

Le mineur présente-t-il un problème de santé : (maladie, crises, convulsions, opération ...)

Oui  Non

Si oui, merci de préciser la conduite à tenir :

.....  
.....

Votre enfant bénéficie-t-il d'un(e) AEEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé) ?

Oui  Non

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....  
.....  
.....  
.....

## RESPONSABLES DU MINEUR

### Renseignements concernant le responsable légal 1 ou famille d'accueil

Nom / Prénoms .....

Adresse .....

Tél domicile ..... Tél portable .....

Tél travail .....

Adresse mail.....

### Renseignements concernant le responsable légal 2

Nom / Prénoms .....

Adresse .....

Tél domicile ..... Tél portable .....

Tél travail .....

Adresse mail.....

Nom et téléphone du 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 les mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :