

Dossier d'inscription

ACCUEIL DE LOISIRS INTERCOMMUNAL

XAINTRIE Val Dordogne 2026

Photo

ALSH St-Privat

ALSH Argentat

Enfant

Nom

Prénom

Âge ans Sexe : F M

Né(e) le / / à

École, classe 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

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

ADRESSE DE FACTURATION (SI DIFFÉRENTE DU DOMICILE LÉGALE DE L'ENFANT)

.....
.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LÉGALE 1 OU FAMILLE D'ACCUEIL

Nom / Prénom-s

Adresse

Tél domicile Tél portable

Tél travail

Adresse mail

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LÉGALE 2

Nom / Prénom-s

Adresse

Tél domicile Tél portable

Tél travail

Adresse mail

AUTORISATION

J'autorise les personnes suivantes à venir récupérer mon enfant. Ces personnes devront être majeures et titulaires de leur pièce d'identité : sans ce justificatif l'enfant ne leur sera pas remis.

M./Mme Tél :

M./Mme Tél :

M./Mme Tél :

M./Mme Tél :

AUTORISATION DE NATATION

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

L'enfant mentionné ci-dessus participe aux activités de baignade encadrées et organisées à la piscine ou au lac, sous la responsabilité des encadrant-es (directeur-rices et animateur-rices) d'Ifac.

Pour que mon enfant puisse pratiquer les activités aquatiques telles que la baignade sans brassards, le canoë, le canyoning, le paddle, le rafting, etc., je joins un test d'aisance aquatique.

En l'absence de ce document obligatoire, mon enfant ne pourra pas participer à ces activités sans brassards ; il devra les porter systématiquement.

TRANSPORT ET PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

J'autorise / Nous autorisons : Les animateurs et le/la directeur-trice de l'accueil de loisirs Intercommunal Xaintrie Val Dordogne 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.

J'autorise / Nous autorisons : Le/la directeur/trice l'accueil de loisirs Intercommunal Xaintrie Val Dordogne à récupérer mon enfant à sa sortie de l'hôpital.

DROIT À L'IMAGE

Autorise / Autorisons

N'autorise pas / N'autorisons pas

L'accueil de loisirs Intercommunal Xaintrie Val Dordogne et 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
Lunettes : votre enfant porte-t-il des lunettes ?		
Appareil dentaire : votre enfant porte-t-il un appareil dentaire ?		
Appareil auditif : votre enfant porte-t-il un appareil auditif ?		
P.A.I (projet d'accueil individualisé) 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 Corrèze, 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 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

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

Fais-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.

DOCUMENTS À JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER

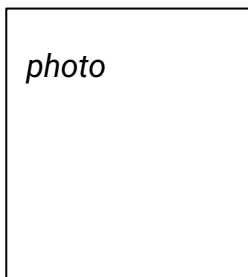
- Dossier de renseignements dûment complété et signé.
- Fiche sanitaire de liaison.
- Copie du carnet de vaccination à jour.
- Attestation d'assurance responsabilité civile.
- Attestation CAF ou MSA (période en cours).
- En cas d'allergie ou traitement médial (ponctuel ou permanent) : fournir un certificat médical précisant le type d'allergie/médicament et la conduite à tenir. Une autorisation parentale écrite devra également être fournie pour permettre l'administration des médicaments nécessaires.
- Notification d'aide au temps libre (si applicable) – pour les familles avec un quotient familial inférieur à 721.
- Test d'aisance aquatique (obligatoire pour toute activité nautique ou baignade sans brassards).
- Tout autre document en cas de changement de situation familiale.
- Attestation MDPH pour les enfants bénéficiant de l'AAEH.

Informations

Les programmes d'activités sont disponibles sur les sites d'accueil et sur le site internet de la Communauté de Communes : www.xaintrie-val-dordogne.fr ainsi que celui d'ifac : xaintrie-val-dordogne.ifac.asso.fr



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026



Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Sexe : F M

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 (et obligatoires pour les enfants nés à partir de 2018)			DATE DES DERNIERS RAPPELS
	OUI	NON			OUI	NON	
Diphtérie				Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Tétanos				Pneumocoque			
Poliomyélite				Méningocoque C			
Coqueluche				Autres (préciser)			
Haemophilus							

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, en cas d'allergie ou traitement médial (ponctuel ou permanent) : fournir un certificat médical précisant le type d'allergie/médicament et la conduite à tenir. Une autorisation parentale écrite devra également être fournie pour permettre l'administration des médicaments nécessaires.

Projet d'Accueil Individualisé (PAI): 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 ...) Si oui, merci de préciser la conduite à tenir Oui Non

.....
.....

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

Si oui merci de nous fournir l'attestation **OBLIGATOIRE**

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 LÉGALE 1 OU FAMILLE D'ACCUEIL

Nom / Prénom-s.....

Adresse.....

Tél domicile Tél portable

Tél travail

Adresse mail.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LÉGALE 2

Nom / Prénom-s.....

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 :