

photo

ALSH St Privat 3-12 ans     ALSH Argentat 3-10 ans     Accueil jeunes 10-14 ans

possibilité de cocher plusieurs cases

## ENFANT

Nom

Prénom

**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.**

Âge  ans Sexe F  M

Né(e) le  /  /  à

Ecole, classe de l'enfant

Adresse (domicile légal) de l'enfant

## FAMILLE

Situation familiale des parents (rayer les mentions inutiles) : Célibataire / mariés/ pascés / 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 LÉGAL DE L'ENFANT)

### 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



APPAREILLAGE	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> 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

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

## 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 » :

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](http://www.xaintrie-val-dordogne.fr) ainsi que celui d'ifac : <https://xaintrie-val-dordogne.ifac.asso.fr/>



## CONDITIONS D'INSCRIPTIONS

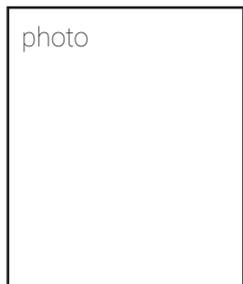
Ce dossier d'inscription à l'accueil de loisirs intercommunal est valable un an du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre de l'année en cours. Il doit être déposé **2 semaine avant** dûment complété et signé, accompagné des pièces justificatives listées ci-dessous. **En cas de dossier incomplet, votre 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 extra scolaire
- 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 IFAC XV est demandé. Ce chèque concerne uniquement les jeunes inscrits au collège.

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON  
2025**



Nom du mineur : .....

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 copie du carnet vaccination)

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

**RENSEIGNEMENT 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 ...) Si oui, merci de préciser la conduite à tenir  oui  non

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

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LÉGAL 2 OU FAMILLE D'ACCUEIL

Nom / prénoms   
Adresse   
Tél domicile  Tél portable   
Tél travail

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 :