



Avec le soutien de la  
CAF des Yvelines

## Dossier d'inscription Accueils de loisirs de GARANCIERES



### 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](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 information 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
Diphthérie				Coqueluche	<i>taper xx/xx/xx</i>
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 :

ADRESSE :

PRÉNOM :

TEL TRAVAIL :

TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

PRÉNOM :

Responsable N°2 : NOM :

ADRESSE :

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 :



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](http://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<sup>ème</sup> 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](http://www.ifac.asso.fr)

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