



Accueils de Loisirs Du pays de Daoulas

DOSSIER D'INSCRIPTION

Année 2025—2026

Liste des pièces nécessaires pour la constitution
du dossier de chaque enfant.

Pour répondre à la réglementation du ministère de la jeunesse et des sport, afin de constituer le dossier de votre enfant, nous avons besoin des documents suivants:

- ☐ Le « Dossier Accueil Collectif » complété
- ☐ La copie des vaccins à jour
- ☐ Une photo récente de l'enfant

**Ce dossier est valable pour une inscription dans les ALSH de
Loperhet, Irvillac et l'Hôpital Camfrout**



En l'absence de ce dossier, nous serons dans l'incapacité d'accueillir votre enfant dans notre structure.



Régime d'allocations familiales

Nom:

Prénom:

Nom et prénom de l'allocataire.....

Nom et adresse de la caisse:

.....

Régime d'allocations: Général et fonctionnaire ☐ Agricole ☐ Autres ☐

Numéro allocataire:

(Noter votre numéro d'allocataire = simplifier vos démarches)

Adresse de facturation :

.....

Pour les allocataires Caf uniquement,

En vue de déterminer les quotients familiaux, le responsable de la structure peut consulter le dossier CAFpro dans le cadre d'échange de données informatisées qui a reçu l'agrément de la CNIL. Vous pouvez exercer votre droit d'accès ou de rectification en vous adressant la structure.

J'autorise les agents en charge de la facturation à consulter mon compte CAF afin d'accéder aux ressources à prendre en compte pour le calcul du quotient familial.

☐ OUI

☐ NON

Il est souhaitable d'ajouter au dossier de votre enfant votre attestation CAF.

Pour les familles qui dépendent de la MSA, il est obligatoire de fournir une attestation du quotient familial pour une prise en compte dans la facturation.

Tarifs des accueils de loisirs intercommunaux du Pays de Daoulas

TARIFS 2025

| | QF1 | QF2 | QF3 | QF4 | QF5 | QF6 | QF7 | Non alloca- taire CAF/ MSA | HORS PAYS DE DAOULAS |
|--|-----------|----------------|----------------|----------------|------------------|------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------|
| Tranches de QF | 0€ à 399€ | 400€ à 599€ | 600€ à 799€ | 800€ à 999€ | 1000€ à 1199€ | 1200€ à 1399€ | A partir de 1400€ | | |
| Journée complète | 3,33 € | 6,67 € | 11,11 € | 16,67 € | 19,07 € | 19,64 € | 20,35 € | 20,35 € | 25,25 € |
| Journée avec panier repas (PAI) | 3,17 € | 6,33 € | 10,55 € | 15,84 € | 18,12 € | 18,66 € | 19,33 € | 19,33 € | 23,99 € |
| 1/2 j repas | 2,22 € | 4,44 € | 6,67 € | 10,00 € | 11,55 € | 12,13 € | 12,57 € | 12,57 € | 15,86 € |
| 1/2 j avec panier repas (PAI) | 2,09 | 4,18 | 6,27 | 9,41 | 10,87 | 11,41 | 11,83 | 11,83 | 14,92 |
| 1/2 j | 1,11 € | 2,22 € | 4,44 € | 6,67 € | 7,51 € | 8,09 € | 8,38 € | 8,38 € | 10,81 € |

Dossier Accueils collectifs

Identité de l'enfant

Nom: Sexe : M ☐ F ☐
Prénom:
Date de naissance: __ / __ / ____ Lieu de naissance: Département
Adresse:

Responsable légal 1

Autorité parentale: oui ☐ non ☐

Nom d'usage:
Nom de naissance:
Prénom:
Date de naissance: __ / __ / ____
Situation familiale (rayer la mention inutile)
célibataire, marié(e), veuf(ve), divorcé(e) séparé(e), concubin(e), pacsé(e)
Adresse:
Profession:
Nom et adresse de l'employeur.....
Courriel:
Tél port:
Tél fixe:
Tél travail:

Responsable légal 2

Autorité parentale: oui ☐ non ☐

Nom d'usage:
Nom de naissance:
Prénom:
Date de naissance: __ / __ / ____
Situation familiale (rayer la mention inutile)
célibataire, marié(e), veuf(ve), divorcé(e) séparé(e), concubin(e), pacsé(e)
Adresse:
Profession:
Nom et adresse de l'employeur.....
Courriel:
Tél port:
Tél fixe:
Tél travail:

Pour toute décision de justice prise à l'encontre d'un des représentant légal il est obligatoire de fournir une copie du jugement

Autre responsable Légal (personne physique ou moral)

Autorité parentale: oui ☐ non ☐

Organisme: Personne référente:
Fonction: Lien avec l'enfant:
Adresse:
Courriel:
Tél port: Tél travail: Tél fixe:

Autres enfants de la famille: Nom, Prénom et date de naissance

- __ / __ / ____
- __ / __ / ____
- __ / __ / ____

Sécurité sociale et mutuelle

Numéro de sécurité sociale de rattachement de l'enfant :

Nom de la caisse: Nom de l'assuré:

Nom et adresse de la mutuelle
.....

Assurance de l'enfant: Responsabilité civile (obligatoire)

Je possède une assurance « Responsabilité Civile » qui permet de couvrir mon enfant pour les dommages qu'il pourrait causer à un tiers: oui ☐ non ☐

Nom et adresse de la compagnie d'assurance:

Numéro de contrat:

Enfant en situation de handicap

Afin de mieux accueillir votre enfant, nous avons besoin de le connaître, vous pouvez vous appuyer sur ce document ou en parler directement au responsable de la structure

Nature du handicap :

- | | | |
|----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> moteur | <input type="checkbox"/> polyhandicap | <input type="checkbox"/> trouble envahissant du |
| <input type="checkbox"/> visuel | <input type="checkbox"/> maladie invalidante | comportement (autisme...) |
| <input type="checkbox"/> auditif | <input type="checkbox"/> psychique | <input type="checkbox"/> autres: |
| <input type="checkbox"/> mental | | |

Votre enfant a-t-il un dossier de la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH):

- ☐ OUI ☐ NON ☐ Demande en cours

Si oui, vous devez nous fournir l'attestation d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH)

Identités et coordonnées

des tierces autorisés à venir ou à appeler en cas d'urgence

| Nom / Prénom | Lien avec l'enfant | Téléphone | Adresse |
|--------------|--------------------|---|---------|
| | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |

Renseignements médicaux

Identité de l'enfant

Nom: Sexe : M ☐ F ☐
Prénom:
Date de naissance: __ / __ / ____ Lieu de naissance: Département
Nom du médecin traitant: Téléphone:

AUTORITE PARENTALE

☐ Conjointe ☐ Mère seulement ☐ Père seulement ☐ Autre.....

Suivi de l'enfant

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes:

| | | | | | |
|------------|---|------------|---|------------------------|---|
| Angine | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Oreillons | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Varicelles | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| Otite | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Rougeole | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Rubéole | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Scarlatine | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Rhumatisme articulaire | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |

L'enfant mouille-t-il son lit: oui ☐ occasionnellement ☐ non ☐

S'il s'agit d'une fille est elle réglée : oui ☐ non ☐

L'enfant suit-il un traitement médical pendant les horaires d'accueil en périscolaire : 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 pris sans ordonnance.

VACCINATIONS

Une copie doit nous être fournie pour le dossier, les vaccins sont à reporter dans le tableau.

Pour les enfants nés avant le 1er janvier 2018 seul le DTP est obligatoire, pour les enfants nés après cette date tous les vaccins de cette liste sont obligatoires sauf le BCG.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre indication à la vie en collectivité!

| VACCINS | OUI | NON | DATE DES DERNIERS RAPPELS |
|----------------------------------|-----|-----|---------------------------|
| Diphtérie | | | |
| Tétanos | | | |
| Poliomyélite | | | |
| Coqueluche | | | |
| Haemophilus Influenzae de type B | | | |
| Hépatite B | | | |

| VACCINS | OUI | NON | DATE DES DERNIERS RAPPELS |
|--------------------------------------|-----|-----|---------------------------|
| Pneumocoques | | | |
| Méningocoques C | | | |
| ROR (Rougeole- Oreillons - Rubéole) | | | |
| BCG | | | |
| Autre | | | |

ALLERGIES

Asthme oui ☐ non ☐

Alimentaire oui ☐ non ☐

Médicamenteuse oui ☐ non ☐

Autres

Pour toutes allergies alimentaires, aucun repas de substitution ne sera fourni par les structures sans nous avoir remis un certificat médical ou PAI.

Précisez si nécessaire la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir

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

Régime alimentaire oui ☐ non ☐ Si oui, précisez

P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé)

Une copie du dossier de P.A.I devra être fournie pour les enfants ayant une allergie alimentaire, de l'asthme ou autre. Ce P.A.I devra être rédigé en collaboration avec le médecin traitant, la Mairie et la directrice de l'école.

Sans P.A.I, nous ne pourrions pas prendre en compte vos observations concernant votre enfant et mettre en œuvre une démarche adaptée en cas de besoin.

DIFFICULTES DE SANTE

Précisez si l'enfant connaît des difficultés de santé (maladie, accident, opération, hospitalisation, ...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

TEST DE NATATION

L'enfant sait-il nager? oui ☐ non ☐

Merci de fournir l'attestation d'aisance aquatique en format papier

SANTE ET SITUATION D'URGENCE

J'autorise le responsable de la structure à prendre, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicales) rendues nécessaire par l'état de santé de votre enfant (dans le cas où les responsables légaux ne sont pas joignables). Sans signature de votre part les directeurs seront tenus d'appliquer les dispositions de la loi relative à l'assistance à personnes en danger.

Signatures des responsables légaux
précédées de la mention « lu et approuvé »:

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

Je m'engage à vous signaler tous changements (coordonnées, situation familiale...) modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Fait à Le/...../.....

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (article 34 de la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004). Pour l'exercer merci de contacter les directeurs de la

Autorisations diverses

Connaissance du règlement

Nous soussignés responsables légaux de l'enfant
....., certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure.

Nous déclarons en outre exacts tous les renseignements portés sur cette fiche et nous engageons à prévenir le responsable de structure pour signifier tout changement de situation.

Autorisation de sortie exceptionnelle

Nous autorisons notre enfant à participer aux sorties et activités qui seront organisées par les différentes équipes pédagogiques:

oui ☐ non ☐

Nous autorisons notre enfant à prendre un moyen de transport en commun dans le cadre des sorties organisées par les équipes pédagogiques:




oui ☐ non ☐

Autorisation d'utilisation de l'image, de la voix, et des travaux d'un enfant mineur

• Autorisation de captation:






Dans le cadre des différents travaux nous pouvons être amenés à utiliser, la voix ou les travaux de votre enfant.

Nous autorisons les équipes pédagogiques à:

- | | |
|--|---|
|  photographier mon enfant | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
|  faire un enregistrement sonore | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
|  filmer (image et son) | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |

• Autorisation de diffusion:

J'autorise les équipes pédagogiques à utiliser la photo, l'enregistrement sonore, un film de mon enfant dans un cadre pédagogique et de communication pour les situations suivantes:

- | | |
|---|---|
|  Pour le journal de la structure ou d'autres publications interne | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
|  Pour le site internet de la commune | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
|  Pour un fichier destiné aux parents | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
|  Pour les publications suivantes: journal municipal, presse locale | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
|  Pour les stagiaires dans le cadre de leur rapport de stage | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |

Pour tout projet particulier, vous en serez informé et renouvelerons les autorisations exclusivement pour ceux-ci.

Autorisation de départ à la fin des activités

Nous autorisons notre enfant à rentre seul à la suite des activités: ☐ OUI ☐ NON

Heure de départ de l'ALSH souhaitée:

Signatures des représentants