

Dossier pour les activités Enfance

SEULS LES DOSSIERS COMPLETS SERONT PRIS EN COMPTE
L'adhésion à l'Association est à régler au moment du dépôt du dossier.

Documents à fournir avec le dossier :

- L'attestation d'assurance extra-scolaire ou personnelle, couvrant les activités de l'enfant et comprenant le risque « individuel-accident ».
- Le numéro d'allocataire CAF ou à défaut la photocopie complète de l'avis d'imposition ou de non-imposition. **Attention** : pour toute personne ne fournissant pas les renseignements nécessaires, le plein tarif sera appliqué.
- La photocopie des vaccinations de l'enfant.

Tarifs de l'Accueil de Loisirs :

Les tarifs de l'Accueil de Loisirs tiennent compte des règles de la CAF Touraine, c'est-à-dire un calcul individualisé du tarif pour chaque famille en appliquant un taux d'effort (pourcentage) sur le quotient familial (QF).

À compter de septembre 2020, les taux d'effort suivants seront appliqués :

QF en €	Joué-lès-Tours		Autres communes	
	Taux d'effort	Taux horaire	Taux d'effort	Taux horaire
000 - 600	0,065 %	de 0,26 € min. à 0,39 €	0,098 %	de 0,39 € min. à 0,59 €
601 - 670	0,085 %	de 0,51 € à 0,57 €	0,128 %	de 0,77 € à 0,86 €
671 - 830	0,092 %	de 0,62 € à 0,76 €	0,138 %	de 0,93 € à 1,15 €
831 et plus	0,142 %	de 1,18 € à 1,29 € max.	0,213 %	de 1,77 € à 1,94 €

Exemple :

J'habite à Joué-lès-Tours et mon QF est de 723 €. Une après-midi d'Accueil de Loisirs dure 4h30 (4,5). Pour connaître le tarif d'une demi-journée d'accueil de loisirs, je fais le calcul suivant :

$$\text{Tarif de la demi-journée} = \frac{723 \times 0,092}{100} = 0,67 \text{ €} \quad \text{Tarif de l'après-midi} = 0,67 \text{ €} \times 4,5 = 3,02 \text{ €}$$

1 – ENFANT

NOM :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____ (obligatoire)

Sexe : M F

Nom :

N° :

cadre réservé à l'administration

2 – RESPONSABLES DE L'ENFANT

	RESPONSABLE LÉGAL 1	RESPONSABLE LÉGAL 2
	Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur(trice) <input type="checkbox"/> Autre :	Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur(trice) <input type="checkbox"/> Autre :
Autorité parentale	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Nom		
Prénom		
Adresse du domicile		
Téléphone portable		
Téléphone fixe		
Téléphone travail		
Adresse e-mail		
N° allocataire CAF		
Situation familiale	Mariés <input type="checkbox"/> - Célibataire <input type="checkbox"/> - Vie maritale <input type="checkbox"/> - Séparés <input type="checkbox"/> - Divorcés <input type="checkbox"/> - Pacsés <input type="checkbox"/> - Veuf(ve) <input type="checkbox"/> <u>Pour les parents séparés ou divorcés</u> : si une décision judiciaire a été rendue, joindre impérativement la photocopie du jugement précisant la garde de l'enfant. Sinon, joindre une attestation sur l'honneur cosignée spécifiant la garde de l'enfant.	
Adresse de facturation	Adresse de la famille <input type="checkbox"/> - Adresse du responsable 1 <input type="checkbox"/> - Adresse du responsable 2 <input type="checkbox"/>	

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence (si les parents ne sont pas joignables)

NOM et Prénom :

Lien :

Téléphone :

NOM et Prénom :

Lien :

Téléphone :

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

NOM du médecin traitant : Téléphone :

Votre enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice et marquées au nom de l'enfant). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Rubéole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Varicelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Angine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Scarlatine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Coqueluche 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"/>	Oreillons oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

L'enfant a-t-il des **allergies** ?

Asthme oui non Médicamenteuses oui non Alimentaires oui non

Précisez la **cause de l'allergie** et la **conduite à tenir** (si auto-médication, le signaler) :

Indiquez les **difficultés de santé** (maladie, intolérance alimentaire avérée, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires... ? Votre fille est-elle réglée ? :

Votre enfant suit-il un régime alimentaire spécial ? oui non

Si oui, précisez :

4 – AUTORISATIONS - INFORMATIONS

- J'autorise mon enfant à rentrer seul(e) au domicile à la fin de l'activité oui non

Si non, les personnes suivantes sont autorisées à venir chercher mon enfant :

NOM et Prénom :

Lien : Téléphone :

NOM et Prénom :

Lien : Téléphone :

NOM et Prénom :

Lien : Téléphone :

- En cas de maladie ou d'accident, j'autorise le responsable légal du Centre Social de la Vallée Violette ou son représentant à faire intervenir les services d'urgence (SAMU / pompiers). Le médecin décidera alors, s'il y a lieu, d'hospitaliser et de prodiguer les soins appropriés à mon enfant oui non

- J'autorise le Centre Social de la Vallée Violette à utiliser et diffuser sur tout document légal (affiches, écran d'accueil, diaporama de l'Assemblée générale, site internet, page Facebook...), des images prises de mon enfant dans le cadre des activités pratiquées avec le Centre Social Vallée Violette oui non

- J'autorise les services administratifs du Centre Social de la Vallée Violette à utiliser mon numéro d'allocataire CAF pour avoir accès à mes déclarations de ressources sur le site Mon Compte Partenaire . . oui non

Nous vous informons que la CAF met à notre disposition un service Internet à caractère professionnel appelé «Mon Compte Partenaire» qui nous permet de consulter les éléments de votre dossier nécessaires à l'exercice de notre mission. Conformément à la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 06 janvier 1978, vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations. Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier. À défaut, le tarif maximal vous sera appliqué.

- Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs, l'Espace Loisirs Itinérant et/ou l'Accompagnement à la Scolarité, être en accord avec celui-ci et m'engage à le respecter.

Je soussigné(e) responsable légal(e)
de l'enfant, titulaire de l'autorité parentale, certifie l'exactitude des renseignements mentionnés dans ce dossier et m'engage à prévenir le Centre Social de la Vallée Violette de tout changement éventuel (adresse, téléphone...).

Fait à Joué-lès-Tours, le :

Signature :