INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS

3 – 12 ANS

SAISON 2025 - 2026

PHOTO

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

(Signaler toute modification en cours de saison)

Nom - Prénom de l'enfant : ……

Né(e) le : ……/……/……. Sexe : **H / F** Âge : ……ans

Adresse : ……

CP : …… Ville : ……

Etablissement fréquenté : …… Classe : ……

☐ **A contacter en priorité**

Nom - Prénom du père : ……

N° : ……

N° : ……

N° : ……@……

☐ **A contacter en priorité**

Nom - Prénom de la mère : ……

N° : ……

N° : ……

N° : ……@……

Nom - Prénom Allocataire CAF : …… N° Allocataire CAF : ……

Avis d'imposition ou avis déclaratif 2025 sur les revenus 2024 (A présenter **OBLIGATOIREMENT)**

AUTORISATION DE SORTIE

Votre enfant rentre seul : ☐ **OUI** ☐ **NON**

Si OUI, à partir de : (cochez la case ci-contre) ☐ 17h00 ☐ 17h30 ☐ 18h00

Si NON, précisez-le(s) nom des personnes habilitées à récupérer votre enfant (en dehors des parents), ainsi que leur n° de téléphone (à actualiser tout au long de la saison si nécessaire)

NOM - PRENOM : …… N° …… LIEN DE PARENTE : ……

NOM - PRENOM : …… N° …… LIEN DE PARENTE : ……

LOI RGPD

Conformément au RGPD, vos données collectées sur le logiciel AIGA **sont protégées.**

Consentement données personnelles :

☐ **OUI** ☐ **NON**

Consentement données médicales :

☐ **OUI** ☐ **NON**

Date de consentement : ……../……../……

DROIT A L'IMAGE

J'autorise le Polyèdre à diffuser l'image de mon enfant au travers de photos prises lors des activités sur :

Réseaux sociaux et site internet :

☐ **OUI** ☐ **NON**

Impression (presse, plaquette annuelle, panneaux…) :

☐ **OUI** ☐ **NON**

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Revenu fiscal de référence : …… **Nombre de parts** : …… **Calcul du QF** : ……

Prix du repas : ……

REGLEMENT FONCTIONNEMENT ACCUEIL LOISIRS 3 – 12 ANS

L'équipe d'animation du Polyèdre mène tout au long de l'année des projets d'activités autour de différentes thématiques. Les diverses animations proposées permettent de développer **l'éveil**, **l'imaginaire** et **l'épanouissement** des enfants. Chaque enfant est invité à être acteur de son temps de loisirs. Les activités représentent des moments importants qui sont élaborés et évalués par le biais d'objectifs. L'équipe est composée :

- de la Directrice de l'accueil de loisirs, du Référent Jeunesse, sous la responsabilité de la Cheffe du service animation et du Directeur du Polyèdre.
- d'animateurs titulaires du BAFA, BAFA Stagiaires, CAP Petite Enfance, BPJEPS en apprentissage et non diplômés.

1) ACCUEIL DES MERCREDIS ET DES VACANCES SCOLAIRES

HORAIRES POUR L'ACCUEIL DU SOIR ET DU MATIN

Arrivée entre **7h45** et **9h00**
Départ entre **17h00** et **18h00**

Toute demande de modifications d'horaires de la part du responsable légal devra faire **l'objet d'une décharge établie au préalable et signée par celui-ci** et fournie à l'équipe d'animation **UNIQUEMENT.**

EN CAS D'ABSENCE ET DE RETARD, PREVENIR :
Responsable Accueil de Loisirs : **accueildeloisirs@lepolyedre.fr** ou **06 29 02 32 61**

Merci de respecter les horaires d'accueil ! En cas de retards répétitifs (hors motif médical sur justificatif)**, la direction se réserve le droit de refuser votre enfant** !
ATTENTION : 3 absences injustifiées consécutives = exclusion

LIEUX D'ACCUEIL :

Pour les mercredis et petites vacances scolaires : Le Polyèdre (4 impasse Saint-Jean - BP 51 - SEYNOD - 74600 ANNECY)
Pendant la période estivale : La Maison de Malaz (43 Route des Blanches- SEYNOD - 74600 ANNECY), *sous réserve de disponibilité des lieux*.

2) FONCTIONNEMENT

Où mange mon enfant ?

Selon la période, les repas sont pris au restaurant scolaire du **Collège Saint-François des Cordeliers** ou à la **Maison de Malaz**. Les plus grands, quant à eux, auront parfois l'occasion de manger au **Polyèdre**.

La santé de mon enfant avant tout…

- **Toutes allergies, tous régimes particuliers sont à signaler au moment de l'inscription** (sur la « fiche sanitaire »).
- Des modalités individuelles peuvent être étudiées dans des cas exceptionnels (PAI).
- **En cas d'affections aiguës et brèves** (en dehors des maladies chroniques), le traitement médical pourra être administré par la Directrice de l'Accueil de Loisirs **(sur présentation de l'ordonnance)**.
- Une certaine réactivité est demandée aux parents, si besoin de venir récupérer son enfant suite à un appel de la direction.

Que doit apporter mon enfant ?

- Prévoir une **tenue adaptée à l'activité** (chaussures et vêtements)
- L'enfant doit avoir un **sac à dos**, **à son nom**, comportant : un imperméable ou k-way en cas de pluie, vêtement chaud, gourde ou bouteille d'eau, mouchoirs, crème solaire, lunettes de soleil, casquette, chaussures adaptées, vêtement de rechange (pour les moins de 6 ans). **Tout vêtement oublié sera recyclé à la fin de chaque trimestre.**

Aucun objet de valeur (jeux vidéo, téléphone, bijoux, ...) **ou personnel** ne doit être amené à l'Accueil de Loisirs. Bien évidemment, lors du temps de l'Accueil de Loisirs, aucune utilisation de téléphone portable, jeux vidéo n'est autorisée…. **L'association décline toute responsabilité en cas de perte, de vol ou de dégradation**.

3) PEDAGOGIE

Un projet pédagogique est élaboré chaque année par la direction et son équipe. Ce document est disponible sur notre site : **www.lepolyedre.fr** (onglet « Accueil de Loisirs » puis « Le centre de Loisirs »)

COMMENT INSCRIRE MON ENFANT ?

1) MODALITES

MERCREDIS
(hors vacances scolaires)

INSCRIPTION AU TRIMESTRE
Formule journée complète

VACANCES SCOLAIRES

INSCRIPTION OBLIGATOIREMENT A LA SEMAINE
en **journée complète uniquement** (*)

(*) Lors des **petites vacances scolaires**, possibilité de choisir **une semaine de 4 jours** en excluant le mercredi (hors vacances estivales).

DOCUMENTS A FOURNIR A L'INSCRIPTION

- Dossier ci-joint **complété** et **signé**
- Fiche de choix **complétée** et **signée**
- **Photocopies** des vaccins obligatoires + des maladies infantiles **(DTPolio à jour)**
- **Avis d'imposition ou avis déclaratif 2025** (déclaration fiscale 2025 sur revenus 2024) : **OBLIGATOIRE**
- Numéro et nom de l'allocataire CAF : **OBLIGATOIRE** (si allocataire CAF)
- Brevet de natation ou test anti-panique pour les enfants de 10 à 12 ans (selon activités)
- **Photocopie** des **bons CAF** si enfant bénéficiaire, valables **uniquement pour les vacances scolaires**

NB : TOUTE MODIFICATION EN COURS D'ANNEE DOIT ETRE SIGNALEE :
(Changement d'adresse, numéro de téléphone, rappel des vaccins, …)

2) TARIFICATION

- Le tarif se base sur le **revenu fiscal de référence** du foyer (avis d'imposition ou avis déclaratif 2025 sur revenus 2024). Il inclut le repas du midi, le goûter et l'encadrement de l'enfant.
- Le paiement se fait à l'inscription.
- L'inscription est **FERME et DEFINITIVE** (en cas d'absence, un avoir pourra être octroyé sur présentation d'un certificat médical et d'une demande écrite motivée sous 15 jours).
- **Adhésion au Polyèdre obligatoire**.
- **ATTENTION : aucune réservation ne sera effectuée par téléphone, mail ou courrier**.

FICHE SANITAIRE

Joindre **obligatoirement les photocopies du carnet de santé pour les vaccinations** et le détail des maladies.
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, **joindre un certificat médical de contre-indication**.
ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole	☐ OUI	☐ NON	Varicelle	☐ OUI	☐ NON
Angine	☐ OUI	☐ NON	Rhumatisme articulaire aigue	☐ OUI	☐ NON
Scarlatine	☐ OUI	☐ NON	Coqueluche	☐ OUI	☐ NON
Otite	☐ OUI	☐ NON	Rougeole	☐ OUI	☐ NON
Oreillon	☐ OUI	☐ NON			

ALLERGIES :

Médicamenteuses ☐ OUI ☐ NON **Alimentaires** ☐ OUI ☐ NON **Asthme** ☐ OUI ☐ NON

Autres : ……

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

(si automédication le signaler, avec justificatif)

……
……
……
……

DIFFICULTES DE SANTE ET SPECIFICITE DE L'ENFANT :

(maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation, handicap, …)

Merci de prendre contact avec la direction de l'Accueil de Loisirs !

……
……
……
……

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il : des lunettes, des prothèses auditives ? ☐ OUI ☐ NON

Précisez : ……

A-t-il un **régime alimentaire** particulier ? (sans porc, sans viande, sans gluten, …) ☐ OUI ☐ NON

Lequel : ……

Autres recommandations : ……

DECHARGE MEDICALE :

Je soussigné(e), Madame, Monsieur …… responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie comprise) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'accepte de payer les frais médicaux ou d'hospitalisations éventuels.

Date : **……./……../…….** **Signature du représentant légal (mention lu et approuvé)**