

# Inscription annuelle Accueil de loisirs Vignoc 2026 - 2027

J'inscris mon enfant pour bénéficier des services suivants :

- Péri scolaire soir maternelle     Péri scolaire soir élémentaire     Mercredi journée\*  
 Passerelle (11-13ans)\*     Vacances scolaires\*

\*Le détail de la présence de vos enfants les mercredis ou les vacances se fait sur un autre document

Dossier d'inscription de l'enfant

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ à \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

École : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Institution (IME, ITEP, IEM, IES...) : \_\_\_\_\_

Uniquement si l'enfant a des besoins particuliers

► Suivi complémentaire (CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jour) :

oui     non     Ne souhaite pas répondre

Si oui, **copie** du justificatif de la prise en charge thérapeutique éducative ou rééducative

► La famille perçoit-elle une AEEH (Allocation Education de l'Enfant Handicapé)

oui     non     Ne souhaite pas répondre

► L'enfant dispose-t-il d'un P.A.I.  oui     non    ► L'enfant bénéficie-t-il d'un PPS (Projet Personnel de Scolarisation)

Fournir le protocole et la trousse PAI

oui     non    Si oui, **copie** de la notification CDAPH

► exercice de l'autorité parentale conjointe     oui     non

Garde alternée :  oui     non

J'autorise mon enfant à quitter **SEUL** l'ALSH:  oui     non

Responsabilité civile

Nom de la compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance : \_\_\_\_\_

Nécessaire pour le calcul de votre participation financière

N° Allocataire :  Caf \_\_\_\_\_     Msa \_\_\_\_\_     autre (préciser) \_\_\_\_\_



## Composition du foyer

### Responsable légal 1\*:

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_ Facturation électronique :  oui  non

Adresse : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

### Responsable légal 2

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

*\*Réceptionnaire des factures / Pour les cas particuliers merci de nous contacter à l'adresse [alsh.vignoc@ligue35.org](mailto:alsh.vignoc@ligue35.org)*

## Famille d'accueil

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

## Personnes à prévenir en cas d'urgence si vous n'êtes pas joignable et/ou autorisées à

Nom(s)/Prénom(s): \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Nom(s)/Prénom(s): \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

## Droit à l'image

J'AUTORISE la Ligue de l'enseignement d'Ille-et-Vilaine, association loi 1901 dont le siège est situé au 45 rue du capitaine Maignan 35000 Rennes, à effectuer, dans le cadre de la réalisation de photographies et/ou de vidéos destinées à être diffusés sur les supports de communication, des prises de vue photographiques ou des enregistrements audiovisuels sur lesquels mon enfant pourrait apparaître. J'ACCEPTÉ et AUTORISE l'utilisation et l'exploitation de son image dans le cadre de la promotion des activités de la Ligue de l'enseignement d'Ille-et-Vilaine sur ses supports de communication, sans contrepartie de quelque nature que ce soit et sans limite dans le temps. Cette autorisation exclut toute autre utilisation de l'image de mon enfant, notamment dans un but commercial ou publicitaire.

oui  non

## Date et signature du responsable légal inscrivant l'enfant

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur :

- Affiché dans les structures d'accueil
- Téléchargeable sur [www.ligue35.org](http://www.ligue35.org) – Onglet « Accueil de loisirs »

A \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ **Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »**

**Gestion des données personnelles** - La Ligue de l'enseignement 35 traite vos données personnelles et celles de vos enfants pour la bonne exécution du service qui est proposé par l'accueil de loisirs de Vignoc. La Ligue 35 ne collecte que les données strictement nécessaires à la mise en œuvre de ce service, elles sont conservées pour une durée maximale de 5 ans à l'issue de la dernière inscription. Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès à vos données, de rectification, de portabilité, d'opposition, de limitation et d'effacement, ainsi que du droit d'introduire une réclamation auprès la CNIL. La Ligue 35 ne communique vos données à caractère personnel qu'à des destinataires internes habilités et déterminés. Enfin, la Ligue 35 s'engage à prendre toutes les précautions utiles afin de préserver la sécurité de vos données personnelles transmises, d'assurer la disponibilité, l'intégrité et la confidentialité de ces données. Pour toute question relative à vos données personnelles, vous pouvez adresser votre demande à [rgpd@ligue35.org](mailto:rgpd@ligue35.org)

- Copie du justificatif de domicile
- Copie de l'attestation d'assurance responsabilité civile couvrant les activités **périscolaires** et/ou **extrascolaires**.
- Fiche sanitaire** complétée et signée, accompagnée de la copie des vaccins
- Si la garde de l'enfant est confiée à un seul parent, **copie** du jugement précisant l'identité du responsable légal unique.
- Parents séparés en l'absence de jugement : fournir une attestation sur l'honneur précisant comment va s'effectuer la garde des enfants et la prise en charge de la facture.
- Copie de l'attestation d'allocataire CAF ou MSA

### Des tarifs selon le quotient familial

QUOTIENT FAMILIAL	VIGNOC ET COMMUNES CONVENTIONNÉES					AUTRES COMMUNES		
	Périscolaire 1/2 heure	Périscolaire 1/4 heure	Heure goûter (16h15-17h15)		Journée	1/2 journée	Journée	1/2 journée
			Périscolaire	Goûter				
1 à 750	0,47 €	0,24 €	0,94 €	0,94 €	9,24 €	7,67 €	18,27 €	13,76 €
751 à 950	0,53 €	0,26 €	1,06 €	1,06 €	10,92 €	9,35 €	19,95 €	15,44 €
951 à 1250	0,58 €	0,29 €	1,16 €	1,16 €	11,87 €	10,29 €	20,90 €	16,38 €
1251 à 1500	0,63 €	0,32 €	1,26 €	1,26 €	13,44 €	11,87 €	22,47 €	17,96 €
> à 1500 ou non	0,68 €	0,35 €	1,36 €	1,36 €	14,28 €	12,71 €	23,31 €	18,80 €

**Frais de dossier : 15 € / année scolaire à compter du 1er septembre** 1ère heure non fractionnable (de 16h15 à 17h15) en périscolaire.

#### MODALITÉS D'INSCRIPTION

Fiche sanitaire et règlement intérieur / Photocopies des vaccins / Attestation scolaire pour les enfants de moins de 3 ans. Toute maladie contagieuse constatée entraînera l'éviction immédiate de l'enfant et ce jusqu'à guérison complète (certificat médical à l'appui).

## La ligue de l'enseignement d'Ille-et-Vilaine

La Ligue de l'enseignement 35 est une fédération d'associations, un mouvement partenaire de l'école publique et un mouvement d'idées. Vous pouvez rejoindre l'association en tant qu'adhérent individuel ou représentant associatif.

**Pour cela, vous pouvez prendre contact avec le secrétariat de la Ligue de l'enseignement 35 ou tout simplement vous rendre sur le site internet de l'association.**

Pour toutes questions concernant l'ALSH, une adresse mail dédiée aux parents :

► [alsh.vignoc@ligue35.org](mailto:alsh.vignoc@ligue35.org)



[www.ligue35.org](http://www.ligue35.org)





# Fiche sanitaire de liaison

Document confidentiel à  
transmettre sous enveloppe  
fermée.

Joindre **obligatoirement** la copie  
du carnet de vaccinations.

NOM DU MINEUR : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....      SEXE :     Masculin     Féminin

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).

## 1 : Vaccination *(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations):*

### Enfant né avant 2018 :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	Coqueluche	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	Haemophilus	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

### Enfant né à partir de 2018 :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	Autres (préciser)	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
Rubéole-Oreillons-Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
Infections invasives à pneumocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
Méningocoque de sérogroupe C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		

### Médecin traitant :

NOM : .....

TÉLÉPHONE : .....

## **Joindre une copie du carnet de vaccinations.**

**SI LE/LA MINEUR.E N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.**

### **2 : Renseignements concernant le/la mineur.e :**

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (Informations nécessaires en cas d'urgence)

#### **PROJET D'ACCUEIL PERSONNALISÉ - (PAI) :**

Le/la mineur.e présente un trouble de santé qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter (diabète, allergie, asthme, trouble de l'oralité alimentaire, handicap...) ?

Oui  Non

Un projet d'accueil individualisé (PAI) peut alors être établi. Il s'agit d'un document organisant sa vie quotidienne et précisant ses besoins thérapeutiques (par exemple, en cas d'allergie, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.)

Le PAI fourni par l'école est accepté. Il doit être fourni avec une trousse médicale fermée nominative dédiée à l'accueil de loisirs (avec les médicaments correspondants dans une trousse fermée (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

<b><u>ALLERGIES :</u></b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
ALIMENTAIRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MÉDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRES ( <i>animaux, pollen, plantes...</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui, précisez :</b> .....		
.....		

#### **TRAITEMENT MÉDICAL OCCASIONNEL :**

Si, au cours de l'année scolaire, le/la mineur.e suit-il un traitement qui nécessite d'être pris à l'accueil de loisirs, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans une trousse fermée (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.**

### **3 : Recommandations utiles des parents :**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de

.....

.....

.....

.....

sommeil, énurésie nocturne...

Je soussigné(e)....., responsable légal du/de la mineur.e, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le/la responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

**Date :** ..... / ..... / .....

**Signature :** .....