



# Dossier d'inscription

**Accueil de Loisirs**  
Ecole privée  
Sainte-Marie de La jaille  
3 à 11 ans

ACM du soir

Nom et Prénom de l'enfant : .....

Age : ☐ 3-5 ans ☐ 6-11 ans

Coef CAF :

PAI : ☐ oui ☐ non



**MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION  
NATIONALE,  
DE LA JEUNESSE  
ET DES SPORTS**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

# Contrat de prestation - Accueil de Loisirs du soir

Année scolaire : 2026-2027

|                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Age : <input type="checkbox"/> 3-5 ans <input type="checkbox"/> 6-11 ans<br>PAI : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Prestation :<br><input type="checkbox"/> Soir 1h (16h-17h) <input type="checkbox"/> Soir 1h (17h-18h)<br><input type="checkbox"/> Soir 1h30 (16h-17h30)<br><input type="checkbox"/> Soir 2h (16h-18h)<br><input type="checkbox"/> Aide aux devoirs (16h-18h) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Formule choisie :

- ☐ À l'année (paiement en plusieurs fois)  
☐ À la journée

## Identité enfant / parent(s)

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Nom : ..... Prénom : ..... Âge : .....

Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....

Adresse postale : .....

Code postal : 971..... Ville : .....

Préciser une adresse mail pour recevoir les informations de l'accueil de loisirs :  
.....

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Tuteur<br>Nom : ..... Prénom : .....<br>N° de téléphone : ...../.....<br>Adresse postale : .....<br>Code postal : 971..... Ville : ..... | <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Tuteur (le cas échéant)<br>Nom : ..... Prénom : .....<br>N° de téléphone : ...../.....<br>Adresse postale : .....<br>Code postal : 971..... Ville : ..... |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## J'autorise les personnes nommées ci-dessous à récupérer mon enfant :

Nom : ..... Prénom : ..... En qualité de : .....

N° de téléphone : ...../..... Profession : .....

Nom : ..... Prénom : ..... En qualité de : .....

N° de téléphone : ...../..... Profession : .....

Nom : ..... Prénom : ..... En qualité de : .....

N° de téléphone : ...../..... Profession : .....

Personne(s) à contacter en cas d'urgence et d'indisponibilité des représentants légaux :

Nom : ..... Prénom : ..... En qualité de : .....

N° de téléphone : ...../.....

Nom : ..... Prénom : ..... En qualité de : .....

N° de téléphone : ...../.....

Autorisations

(Veuillez cocher les affirmations si vous êtes en accord)

Je soussigné(e) ..... domicilié(e) à .....

..... agissant en

qualité de représentant légal, parent ou tuteur, de : (nom) .....

(prénom) ..... Adresse .....

☐ Autorise le centre à prendre mon enfant en photo pour les bilans et la promotion des activités du prestataire.

☐ Déclare exact les renseignements portés sur ce formulaire.

L'association LCR s'interdit formellement toute autre utilisation, et garantit que les photographies ne pourront être cédées ou vendues à des tiers.

Documents à fournir

☐ Fiche de liaison sanitaire

☐ Photocopie du carnet de vaccination à jour

☐ Attestation d'assurance

☐ Photocopie de la pièce d'identité

☐ Une photo d'identité récente

Contact directeur de centre :

**Mme M. MONDOVY : 0690 999 028**



## Conditions d'inscription et de fonctionnement

Entre les soussignés :

L'Association LCR, représenté par Mme H.GALLY,  
n° RNA W9G1011318,

ci-après dénommée *le Prestataire*,

et

**Le(s) représentant(s) légal(aux) de l'enfant :**

Nom(s) : ....., *détentrice/détenteur(s) de  
l'autorité parentale ou représentation légale*

ci-après dénommé(s) *le parent*,

**Concernant**

*L'enfant : Nom et prénoms* .....

Ci-après enfant

### **1. Objet du contrat**

Le présent contrat a pour objet d'accueillir au mieux l'enfant et de définir les modalités de la prestation d'accueil de loisirs périscolaire du matin et du soir fournie par le Prestataire, incluant l'accueil des enfants, les activités encadrées, selon les conditions ci-après détaillées.

Il informe les parents sur les conditions de fonctionnement de l'accueil et de définir les notions de responsabilité incombant à chacun. Le directeur, son adjoint et l'équipe d'animation dans son ensemble sont chargés de veiller à la stricte application du règlement intérieur.

Chaque usager s'engage à respecter le présent règlement intérieur qui prend effet dès l'inscription de l'enfant. En cas de manquement grave ou répété au règlement intérieur (retards répétés des parents, non-respect des règles de fonctionnement, comportement dangereux de l'enfant ou du jeune...), le prestataire statuera sur la décision à prendre. Le non-respect de ces règles pourra entraîner, de la part du prestataire, l'application des mesures ci-après décrites.

### **2. Condition d'admission**

Pour faciliter la participation effective et l'inclusion de l'enfant en situation de handicap, une rencontre préalable avec la famille sera organisée et un PAI sera établi. En fonction du handicap, une demande d'attribution d'un personnel qualifié chargé d'accompagner l'enfant devra être faite par la famille.

L'admission est également soumise au fait que l'enfant ait ses vaccins à jour et ne présente aucun risque de maladie contagieuse

Un enfant n'ayant fait l'objet d'aucune inscription validée ne pourra être pris en charge par l'équipe



### 3. Horaires d'accueil

| Jours                         | Temps d'accueil |
|-------------------------------|-----------------|
| Lundi, mardi, jeudi, vendredi | 16h00 - 18h00   |

L'animateur est responsable de la prise en charge et du bien-être de l'enfant pendant l'horaire convenu, lorsque ce dernier est présent. La responsabilité de l'enfant incombe aux parents pendant le trajet aller-retour entre le domicile et l'accueil de loisirs.

#### Obligations des parents :

Le Parent s'engage à respecter scrupuleusement les horaires définis, dans l'intérêt des enfants et de l'équipe encadrante.

En cas de retard, le Parent s'engage à informer immédiatement le directeur par téléphone.

#### Pénalités de retard (périscolaire après 18h00) :

**10,00 € par tranche de 10 minutes entamée.**

#### Mesure de sécurité :

Si un enfant est encore présent **5 minutes après la fermeture** de l'établissement (18h00) et que la famille n'a pu être jointe, le Prestataire se réserve le droit d'informer les services de gendarmerie.

### 4. Modalités d'inscription

La prise en charge de l'enfant est conditionnée par son inscription administrative validée. L'inscription est obligatoire, annuelle et **engage donc la famille pour l'année scolaire en cours.**

Les dossiers inscriptions complets doivent être remis au Référent du prestataire présent dans l'établissement scolaire de l'enfant ou envoyés à l'adresse mail suivante [contact@associationlcr.fr](mailto:contact@associationlcr.fr).

### 5. Tarification et paiement

#### 5.1. Frais d'inscription

5,00 € par inscription, dus par année scolaire même en cas d'absence.

#### 5.2. Tarifs

| Prestations             | Choix                    | Tarif annuel | Choix                    | Tarif unitaire journalier |
|-------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|---------------------------|
| Accueil du soir (2h)    | <input type="checkbox"/> | 700 €        | <input type="checkbox"/> | 12 € / jour               |
| Accueil du soir (1h30)  | <input type="checkbox"/> | 500 €        |                          |                           |
| Accueil du soir (1h)    | <input type="checkbox"/> | 350 €        | <input type="checkbox"/> | 6 € / jour                |
| Option Aide aux devoirs | <input type="checkbox"/> |              |                          |                           |

**En validant l'inscription annuelle, une seule facture sera éditée pour la totalité du montant dû. Le paiement peut être effectué en plusieurs fois, selon votre convenance. Toutefois, la facture devra être intégralement acquittée au plus tard le 15 juin. Des rappels de paiement seront effectués au cours de l'année afin de vous accompagner dans le suivi des échéances.**

### 5.3. Modalités de paiement

- **Paiement**, à régler au plus tard le 30 du mois.
- **Moyens de paiement acceptés** :
  - **Espèces**,
  - **CB** : au siège de l'association ou auprès de votre référent
  - **Chèques** : à l'ordre de LCR
  - **Virement bancaire** :

**Banque** : La Banque Postale

**Adresse** : BASSE TERRE CENTRE FINANCIER

**Code banque** : 20041 | **Guichet** : 01018

**N° de compte** : 0457403A015 | **Clé RIB** : 67

**IBAN** : FR35 2004 1010 1804 5740 3A01 567

**BIC/SWIFT** : PSSTFRPPBTE

- **CESU** : N° en ligne - 1866486

### 5.4. Conditions financières, absences et annulations

#### Conditions financières

L'inscription de votre enfant est valable pour l'ensemble de l'année scolaire, de septembre 2026 à juin 2027, selon la formule choisie lors de l'inscription.

Toute demande de modification de formule, changement de jours ou arrêt de fréquentation doit obligatoirement être adressée par mail au prestataire à [contact@associationlcr.fr](mailto:contact@associationlcr.fr).

La modification ne sera effective qu'après confirmation et validation écrite au prestataire. Sans cette validation, l'inscription initiale reste applicable et la facturation correspondante demeure due.

Les factures doivent être réglées au plus tard le 30 de chaque mois suivant leur réception pour les inscriptions à la journée.

Pour les inscriptions annuelles avec paiement en plusieurs fois, les échéances doivent être réglées au plus tard le 30 de chaque mois, et la totalité de la somme doit être soldée avant le 15 juin 2027.

En cas de non-paiement, le prestataire se réserve le droit de suspendre l'accueil de l'enfant jusqu'à la régularisation de la situation.

**Aucune nouvelle inscription ne pourra être validée tant que les sommes restant dues n'auront pas été réglées. Les familles rencontrant des difficultés financières sont invitées à contacter le prestataire afin d'étudier une solution adaptée.**

#### Absences

Les absences de l'enfant, qu'elles soient dues à une maladie ou à toute autre raison, ne donnent lieu à **aucune déduction ou remboursement.**

En cas de **fermeture de l'école** (grève, coupure d'eau, intempéries ou tout autre événement), les journées réservées restent dues et ne donnent lieu à aucune déduction, remboursement ou avoir.

En cas de **force majeure**, une demande écrite pourra être étudiée par le prestataire.



## Annulation d'une inscription

Toute demande d'annulation doit être adressée par courriel à [contact@associationlcr.fr](mailto:contact@associationlcr.fr).

- **15 jours ou plus avant le début de la période réservée** : remboursement intégral des sommes versées, hors frais d'inscription annuels de 5 €, qui restent acquis au prestataire.
- **Moins de 15 jours avant le début de la période réservée** : aucun remboursement. Un avoir de 60 % du montant payé peut être accordé. Cet avoir est valable 12 mois.
- **Pendant la période d'accueil** : aucun remboursement des journées non consommées pourra être accordé sauf, en cas d'hospitalisation de l'enfant, de déménagement hors de l'île de la Guadeloupe ou de décès d'un proche ;

### 5.5. Modalités de demande

- Toute demande d'avoir ou de remboursement doit être transmise **par écrit** (courrier ou mail : [contact@associationlcr.fr](mailto:contact@associationlcr.fr)), accompagnée des justificatifs nécessaires conformément aux dispositions de l'article 4.4.
- Les **avoirs sont nominatifs, non transférables**, et valables **12 mois** à compter de leur émission.
- Les **remboursements sont effectués par chèque** dans un délai de **30 jours** suivant la réception complète de la demande.

Aucun avoir ou remboursement ne sera accordé sans demande formelle.

## 6. Vie en collectivité – fonctionnement

Le prestataire accueille les enfants avec une équipe d'encadrement qualifiée, conformément à la réglementation des Accueils Collectifs de Mineurs (A.C.M.). Le directeur est l'interlocuteur privilégié des familles.

L'inscription implique le respect des principes de laïcité, des règles de vie collective, des autres enfants, des adultes et du matériel. Toute violence, dégradation, vol, mise en danger ou introduction de produits ou objets dangereux est interdite. En cas de manquement, des sanctions pouvant aller jusqu'à l'exclusion peuvent être appliquées.

Les bijoux, objets de valeur et jeux personnels sont déconseillés. Le prestataire décline toute responsabilité en cas de perte, de vol ou de détérioration. Les effets personnels doivent être marqués au nom de l'enfant.

## 7. Santé, hygiène et sécurité

Un enfant malade ne doit pas fréquenter la structure.

En cas de blessure légère, l'enfant est pris en charge par l'assistant sanitaire et les parents sont informés. En cas de maladie, d'incident important ou d'accident, la famille est prévenue rapidement et les secours peuvent être contactés si nécessaire.

Les médicaments ne peuvent être administrés que sur présentation d'une prescription médicale.

## 8. Engagements du Parent

Le Parent certifie avoir pris connaissance du présent contrat et s'engage à :

- Signaler tout changement de situation familiale (adresse, téléphone, etc.),
- Respecter les horaires et les conditions du présent contrat,
- Autoriser le directeur ou son représentant à prendre toute mesure nécessaire en cas d'urgence médicale (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale).



## 9. Responsabilité

Le Prestataire s'engage à mettre en œuvre tous les moyens nécessaires pour assurer la sécurité, le bien-être et la santé des enfants accueillis.

Cependant, sa responsabilité ne saurait être engagée :

- En cas de fausse déclaration ou d'omission de la part du Parent concernant l'état de santé de l'enfant ou toute information nécessaire à sa prise en charge.
- En cas d'accident survenu hors du temps d'accueil ou en dehors des horaires prévus.
- En cas de non-respect des consignes de sécurité ou du règlement intérieur par le Parent ou l'enfant.

## 10. Protection des données personnelles

Les données collectées sont utilisées uniquement pour la gestion des accueils, conformément au RGPD. Elles ne seront jamais transmises à des tiers sans consentement préalable.

Le Parent dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ses données en s'adressant à : [contact@associationlcr.fr](mailto:contact@associationlcr.fr).

## 11. Force majeure

Aucune des parties ne pourra être tenue responsable en cas d'inexécution totale ou partielle de ses obligations due à un événement de force majeure (grève, catastrophe naturelle, fermeture administrative, épidémie...).

## 12. Acceptation du règlement intérieur

☐ Je confirme avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs et en accepte les conditions. (Consultable sur le site : [www.associationlcr.fr](http://www.associationlcr.fr))

Fait à : ....., le ...../...../.....

Signature Parent (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Signature prestataire

X \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_

Message / commentaire :



## IDENTITE

GARÇON ☐ FILLE ☐

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATES (des derniers rappels) | VACCINS BLIGATOIRES (après 2018)                         | DATES (des derniers rappels) |
|----------------------|-----|-----|------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------|
| Diphtérie            |     |     |                              | Hépatite B                                               |                              |
| Tétanos              |     |     |                              | Rubéole-Oreillons-Rougeole                               |                              |
| Poliomyélite         |     |     |                              | Coqueluche                                               |                              |
| ou DT polio          |     |     |                              | Pneumocoque                                              |                              |
| Ou Tétracoq          |     |     |                              | Infections invasives à haemophilus influenzae de type B. |                              |
|                      |     |     |                              | Méningocoque C                                           |                              |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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 pris sans ordonnance.

À titre indicatif l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

|                                                           |                                                           |                                                           |                                                           |                                                           |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| RUBÉOLE                                                   | VARICELLE                                                 | ANGINE                                                    | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ                               | SCARLATINE                                                |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE                                                | OTITE                                                     | ROUGEOLE                                                  | OREILLONS                                                 | ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES                                 |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| ALLERGIES ALIMENTAIRES                                    | ASTHME                                                    | Autre :                                                   |                                                           |                                                           |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |                                                           |                                                           |                                                           |

## Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours ☐ oui ☐ non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

### Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre.

## 3 - INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

Votre enfant porte-t-il **des lentilles** : ☐ oui ☐ non

**des lunettes** : ☐ oui ☐ non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

**des prothèses auditives** : ☐ oui ☐ non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

**des prothèses ou appareil dentaire** : ☐ oui ☐ non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

Autres recommandations / précisez (ex : qualité de peau, crème solaire)

## 4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : ☐ oui ☐ non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : ☐ oui ☐ non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : ☐ oui ☐ non

## 5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

TÉL. 0590..... 0690..... 0690.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif) :.....

Je soussigné(e),.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date .

Signature :

