



# Dossier d'inscription

**Accueil de Loisirs**  
**Mercredi LCR**  
**3 à 11 ans**

## Convenance

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 mercredi LCR

Année scolaire : 2026-2027

Age : ☐ 3-5 ans ☐ 6-11 ans

PAI : ☐ oui ☐ non

Cadre réservé à l'association

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

## Renseignements relatifs à votre régime d'allocations familiales

Caisse d'allocation familiales de : .....

Régime allocataire : .....

Numéro d'allocataire : .....

Coefficient CAF : .....

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 de l'association.
- ☐ Autorise mon enfant à prendre tout moyen de locomotion (car, mini-bus) pour les activités nécessitant un déplacement au cours de l'année
- ☐ Autorise le centre à prendre mon enfant en photo pour les diffuser sur le groupe WhatsApp des parents du centre afin de suivre l'évolution des activités.
- ☐ Autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par le centre de loisirs.
- ☐ Autorise mon enfant à participer aux baignades organisées par le centre de loisirs.
- ☐ 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
- ☐ Une photo d'identité récente
- ☐ Photocopie de la pièce d'identité

Contact directeur de centre :

| Directrice                          | Directrice adj<br>3-5ans             | Directrice adj<br>6-11 ans               |
|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|
| Mme COLBOSE Josy - 0690<br>05 24 37 | M VOUTEAU Denavan - 0690<br>95 21 78 | Mme CLEONIS Christelle -<br>0690 999 039 |

## Conditions d'inscription et de fonctionnement

Entre les soussignés :

L'Association LCR, représenté par Mme H.GALLY,  
n° RNA W961011318,

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 définit les modalités de la prestation d'accueil de loisirs périscolaire du mercredi 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...), l'association 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**

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.

L'admission en ACM périscolaires du mercredi suppose que : les enfants soient scolarisés et/ou âgés d'au moins 3 ans avant le 31 décembre de la même année. Ceux nés après le 31 décembre, non scolarisés, seront acceptés à leurs 3 ans révolus.

Les accueils de loisirs étant un lieu d'ouverture sociale, les enfants non-scolarisés dans les écoles de Pierre Matthieu CONVENANCE, BRAGELOGNE et CALVAIRE, seront acceptés, dans la mesure des places disponibles.

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. Lieu et horaires d'accueil

L'accueil du mercredi se fait au groupe scolaire de convenance.

| Jour     | Temps d'accueil | Accueil du matin | Départ du soir |
|----------|-----------------|------------------|----------------|
| Mercredi | 7h00 à 17h45    | 7h00 à 8h00      | 16h30 à 17h45  |

#### Cas exceptionnels :

Le départ anticipé d'un enfant en dehors de cette plage horaire peut être autorisé, à titre exceptionnel, avec l'accord préalable du directeur ou de son adjoint.

#### 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 17h50) :

**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 de l'association présent dans l'établissement scolaire de l'enfant ou envoyés à l'adresse mail suivante [contact@associationlcr.fr](mailto:contact@associationlcr.fr).

L'inscription doit être effectuée **au plus tard 15 jours à l'avance**, pour des raisons d'organisation.

## 5. Tarification et paiement

### 5.1. Frais d'inscription

5,00 € par inscription, dus même en cas d'absence, sauf cas de force majeure dûment justifié.

### 5.2. Tarifs

| Prestations                             | Choix                    | Tarif unitaire annuel | Tarif unitaire journalier |
|-----------------------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Mercredi                                | <input type="checkbox"/> | 870 €                 | 35 € / jours              |
| <i>Une seule option aux choix</i>       |                          |                       |                           |
| Option natation (+ 4 ans - 80 places)   | <input type="checkbox"/> | 300 €                 |                           |
| Option équitation (+ 3 ans - 80 places) | <input type="checkbox"/> | 420 €                 |                           |
| Option roller (+ 6 ans - 50 places)     | <input type="checkbox"/> | 115 €                 |                           |

En validant l'inscription annuelle, une seule facture sera éditée pour la totalité du montant dû, en fonction du mois de l'inscription. 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.

Les tarifs incluent les repas.

### 5.3. Modalités de paiement

- **Paiement mensuel**, à régler au plus tard le 15 du mois suivant.
- **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. L'association décline toute responsabilité en cas de perte, de vol ou de détérioration. Les effets personnels doivent être marqués au nom de l'enfant.

Les familles doivent fournir une tenue et le matériel adaptés aux activités (gourde, chapeau, chaussures, maillot de bain, vêtements de rechange, crème solaire, etc.).

Lors des sorties, les enfants doivent être confiés au responsable du groupe et récupérés après son autorisation. Les horaires et les sorties peuvent être modifiés en fonction des circonstances.

Les repas sont fournis par un prestataire agréé. Les allergies ou régimes alimentaires particuliers doivent être signalés lors de l'inscription et faire l'objet d'un PAI si nécessaire.

Les bijoux, objets de valeur et jeux personnels sont déconseillés. L'association 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 de loisirs, 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 :



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 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 ?

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

**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 :