



Dossier de renseignements

Activités hors temps scolaires 2018 - 2019
- Dossier à retourner auprès de l'association organisatrice -

Photo
d'identité

- PRIMAIRE** HORS BORDEAUX
OU ECOLES PRIVEES
- CLUB ADOS**

Cadre réservé à
l'association

Je souhaite que mon enfant, en dehors du temps de classe soit accueilli en :

- Centre d'Accueil et de Loisirs du mercredi
 Centre d'Accueil et de Loisirs des vacances scolaires

ECRIRE EN MAJUSCULES S.V.P.

Nom de l'enfant _____ Prénom _____
Sexe M F Date de naissance ____/____/____
Adresse _____
Ville _____ Code Postal _____
Ecole _____ Classe rentrée 2018 _____

Numéro d'allocataire CAF (Obligatoire sauf cas particulier à préciser) : _____

Régime de Sécurité Sociale du responsable légal qui couvre l'enfant :

- Régime Général (& RSI) MSA

Mode de garde de l'enfant Par ses deux parents Alternée Autre (précisez) _____
 Mère seule Père seul

Responsable légal 1

Nom _____ Prénom _____

Adresse (si différente de celle de l'enfant) _____

Tél. Portable _____ Tél. Domicile _____

Courriel _____ Tél. Travail _____

Responsable légal 2 (obligatoire sauf décision de justice contraire à fournir - voir pièces obligatoires)

Nom _____ Prénom _____

Adresse (si différente de celle de l'enfant) _____

Tél. Portable _____ Tél. Domicile _____

Courriel _____ Tél. Travail _____

Facturation à adresser à : Responsable légal 1 Responsable légal 2
 Autre (précisez) : _____

Autre personne à prévenir en cas d'accident :

Nom _____ Tél. Portable _____

Prénom _____ Tél. Domicile _____

Tournez s.v.p. →

Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom Prénom _____	Tél. Portable _____
Nom Prénom _____	Tél. Portable _____
Nom Prénom _____	Tél. Portable _____
Nom Prénom _____	Tél. Portable _____

J'autorise mon enfant à partir seul à la fin des activités (élémentaire uniquement)

Frères et sœurs scolarisés en école maternelle ou élémentaire :

Nom Prénom _____	Classe _____
Nom Prénom _____	Classe _____
Nom Prénom _____	Classe _____
Nom Prénom _____	Classe _____

PIÈCES OBLIGATOIRES À FOURNIR :

- Une Photo d'identité**
- Fiche sanitaire de liaison complétée**
- Photocopie des pages de vaccination du carnet de santé** ou attestation de capacités du médecin
- Si votre enfant a un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)**, merci de fournir le protocole d'accueil
- Attestation d'assurance** (responsabilité civile individuelle accident et extrascolaire) *
- Attestation(s) d'employeur(s)** ou d'un organisme de formation précisant jours et heures de présence du ou des parents le cas échéant**
- Avis d'imposition 2017** sur les revenus 2016 **
- En cas de situation particulière concernant la garde de l'enfant** : copie du dernier jugement de divorce ou ordonnance provisoire du Juge des Affaires Familiales

** Conformément à l'article 38 de la loi 84-610 du 16 juillet 1984, les associations informent leurs adhérents de l'intérêt qu'ils ont de souscrire un contrat assurant des garanties forfaitaires (indemnités journalières) au cas où ils seraient victimes de dommages corporels.*

*** Pour Centre d'accueil et de loisirs.*

Je soussigné(e) _____

Responsable légal de l'enfant _____

Autorise la diffusion de photographie ou film sur lesquels apparaît mon enfant

reconnais avoir été informé(e) que les activités des associations peuvent nécessiter des déplacements à pied ou en transport collectif,

m'engage à rembourser sur présentation des justificatifs, les frais engagés par ces associations en cas de soins médicaux ou chirurgicaux sur mon enfant.

Fait le ____/____/____

Signature

IMPORTANT

Merci de vous rapprocher de l'association organisatrice afin de finaliser votre inscription.

Veillez prévoir le règlement de l'adhésion à l'association.

Tout dossier incomplet ne pourra pas être traité.

o La CAF et la Mairie de Bordeaux, co-financeurs, sont liés par une convention de partenariat avec l'association organisatrice, en charge de l'organisation des accueils éducatifs et de loisirs.
o Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des activités de l'enfant hors temps scolaires (Pause Méridienne, Accueil Péri Scolaire, Centre d'Accueil et de Loisirs).
Le destinataire des données est l'association partenaire en charge de l'organisation de ces activités. Elles seront conservées pendant 3 ans. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 dénommé « Règlement Européen sur la Protection des Données » et à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent et selon les cas d'opposition, d'effacement, de portabilité ou de limitation du traitement. Pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, pour accéder aux informations vous concernant et les faire rectifier vous pouvez vous adresser à l'accueil de l'association. Pour l'exercice de vos droits vous pouvez également contacter le Délégué à la Protection des Données (DPO) à l'adresse mail suivante : contact.cnil@bordeaux-metropole.fr ou par courrier postal : Bordeaux Métropole, Direction des Affaires Juridiques, Esplanade Charles-de-Gaulle, 33045 Bordeaux Cedex. Pour en savoir plus, consultez vos droits sur le site de la CNIL. Vous avez également la possibilité d'introduire une plainte ou une réclamation auprès des services de la CNIL.



Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles à la santé de votre enfant lorsqu'il est pris en charge en dehors du temps de classe.
Elle suit votre enfant dans toutes ses activités. Elle sera présentée aux services de secours en cas d'accident pendant les activités.

ENFANT

Nom _____ Prénom _____
Sexe M F Date de naissance ____/____/____
Adresse _____
Ville _____ Code Postal _____

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

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dernier rappel	Vaccins facultatifs	Oui	Non	Dernier rappel
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				B.C.G.			
ou Tétracoq				Autres (préciser)			

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical régulier**? Oui Non

Si oui, joindre le **protocole d'accueil individualisé (PAI)** et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marqués au nom de l'enfant*).

ATTENTION : aucun médicament ne pourra être pris sans ce document.

Allergies: **médicamenteuses** Oui Non **asthme** Oui Non
alimentaires Oui Non **autres** Oui Non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir, le cas échéant joindre le projet d'accueil individualisé correspondant :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

RECOMMANDATIONS UTILES

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... :

RESPONSABLE LEGAL

Nom _____ Prénom _____
Tél. Portable _____ Tél. Domicile _____ Tél. Travail _____

Nom et téléphone du médecin traitant (*facultatif*) : _____

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date: