



# Dossier de renseignements

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

Photo  
d'identité

**MATERNELLE**

**ELEMENTAIRE**

Cadre réservé à  
l'association

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

- Pause Méridienne (Coin bulle en maternelle - Animations en élémentaire)
- Accueil Périscolaire associatif du matin (élémentaire uniquement)
- Accueil Périscolaire associatif du soir
- 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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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\*\*
- Facture de la restauration scolaire** de Mars 2018 ou ultérieure si votre enfant est domicilié à Bordeaux et inscrit à la restauration scolaire dans une école publique de la ville\*\*
- Avis d'imposition 2017** sur les revenus 2016 si votre enfant n'est pas inscrit à la restauration scolaire **ou** dispose d'un PAI alimentaire **ou** est scolarisé en école privée \*\*
- 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 et Accueil périscolaire.

**Je soussigné(e)** \_\_\_\_\_

**Responsable légal de l'enfant** \_\_\_\_\_

- Autorise la capture et la diffusion de photos ou de vidéos à vocation éducative et de communication interne ou externe de l'association (publication de presse, blog, site internet) sur lesquelles figure mon enfant.**

(Cette autorisation pourra être retirée en adressant une demande par courrier à l'association partenaire en charge des accueils)

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.**

**Veuillez 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](mailto: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 pourra être consultée par les personnes en responsabilité de l'enfant et 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: