

Dossier de renseignements



Activités hors temps scolaires 2019 – 2020
- Dossier à retourner auprès de l'association organisatrice -

MATERNELLE **ELEMENTAIRE**

Cadre réservé à
l'association



Quotient

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 :	
Code Postal :	Ville :
Ecole :	Classe rentrée 2019 :

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 Mère seule Autre (précisez) : _____

Alternée 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 liste des pièces)

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 : _____ Prénom : _____

Tél. Portable : _____ Tél. domicile : _____

Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant :	
Nom Prénom :	Tél. portable :
Nom Prénom :	Tél. portable :
Nom Prénom :	Tél. portable :
Nom Prénom :	Tél. portable :
<input type="checkbox"/> 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 :
PIÈCES OBLIGATOIRES À FOURNIR :	
<input type="checkbox"/> Une photo d'identité	
<input type="checkbox"/> Fiche sanitaire de liaison complétée	
<input type="checkbox"/> Photocopie des pages de vaccination du carnet de santé ou attestation de capacités du médecin	
<input type="checkbox"/> Si votre enfant a un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) , merci de fournir le protocole d'accueil	
<input type="checkbox"/> Attestation d'assurance (responsabilité civile individuelle accident et extrascolaire) *	
<input type="checkbox"/> Attestation(s) d'employeur(s) ou d'un organisme de formation précisant jours et heures de présence du ou des parents le cas échéant**	
<input type="checkbox"/> Facture de la restauration scolaire de Mars 2019 ou ultérieure si votre enfant est domicilié à Bordeaux et inscrit à la restauration scolaire dans une école publique de la ville**	
<input type="checkbox"/> Avis d'imposition 2018 sur les revenus 2017 si votre enfant n'est pas inscrit à la restauration scolaire ou dispose d'un PAI alimentaire ou est scolarisé en école privée **	
<input type="checkbox"/> 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 :	
<input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> Reconnaiss avoir été informé(e) que les activités des associations peuvent nécessiter des déplacements à pied ou en transport collectif.	
<input type="checkbox"/> M'engage à rembourser sur présentation des justificatifs, les frais engagés par ces associations en cas de soins médicaux ou chirurgicaux sur mon enfant.	
<input type="checkbox"/> Autorise le centre d'animation à utiliser mon courriel pour l'envoi des factures, des programmes et des informations sur les activités.	
<input type="checkbox"/> Autorise le centre d'animation à utiliser mon numéro de téléphone portable pour l'envoi par SMS d'informations sur les activités.	
<input type="checkbox"/> Autorise le centre d'animation à transmettre ce dossier dans le cas d'une inscription à une activité menée par une autre association.	
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.	
<ul style="list-style-type: none"> 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 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 : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance :
Adresse :	
Code Postal :	Ville :

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 :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Asthme :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Alimentaires :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Autre :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 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 :