

Dossier de renseignements

Activités hors temps scolaires 2021 - 2022
- Dossier à retourner auprès de l'association organisatrice -

Photo
d'identité

12 - 17 ans

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

- Accueil et Loisirs du mercredi
- Accueil et Loisirs des vacances scolaires
- Accueil Périscolaire du soir
- Projets

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 _____
Tél. Portable _____	
Collège/Lycée. _____	C classe rentrée 2021 _____

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

Quotient Familial : _____

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

Nom _____ Prénom _____
Adresse (si différente de celle de l'enfant) _____
Tél. Portable _____ Tél. Domicile _____
Courriel _____ Tél. Travail _____

Responsable légal ... (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 Responsable légal
 Autre (précisez) : _____

Autre personne à prévenir en cas d'accident :

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

- J'autorise le centre d'animation à utiliser mon email pour l'envoi des factures, des programmes et des informations sur les activités.
- J'autorise le centre d'animation à utiliser mon numéro de téléphone portable pour l'envoi par SMS d'informations sur les activités.
- Dans le cas d'une inscription à une activité menée par une autre association, j'autorise le centre d'animation à lui transmettre ce dossier.

Signature

Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom Prénom _____
Nom Prénom _____
Nom Prénom _____
Nom Prénom _____

Tél. Portable _____
Tél. Portable _____
Tél. Portable _____
Tél. Portable _____

J'autorise mon enfant à partir et rentrer seul à la fin des activités

Frères et sœurs scolarisés en école maternelle ou élémentaire :

Nom Prénom _____
Nom Prénom _____
Nom Prénom _____
Nom Prénom _____

Classe _____
Classe _____
Classe _____
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) *
- Avis d'imposition 2020** sur les revenus 2019 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 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 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.

Vous pouvez accéder aux informations vous concernant, les faire rectifier en vous adressant à l'association partenaire en charge de l'organisation de ces activités. Pour en savoir plus, consultez vos droits sur le site de la CNIL. Les données collectées sont uniquement destinées à usage interne et ne seront en aucun cas cédées ou vendues à des tiers.

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: