

Pour le Centre d'animation

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Argonne Nansouty Saint-Genès | <input type="checkbox"/> Grand Parc | <input type="checkbox"/> Saint-Michel | <input type="checkbox"/> Sarah Bernhardt |
| <input type="checkbox"/> Bastide Benauge | <input type="checkbox"/> Monséjour | <input type="checkbox"/> Saint-Pierre | <input type="checkbox"/> Bacalan |
| <input type="checkbox"/> Bordeaux Sud | <input type="checkbox"/> Bastide Queyries | <input type="checkbox"/> Bordeaux Lac | |

Coordonnées générales

Écrire en **MAJUSCULE** s'il vous plaît

1 Le jeune

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....
 Adresse complète (CP/Ville/Quartier) :
 Tél portable : Sexe : M F
 Collège/Lycée : Classe à la rentrée :

2 Responsable légal qui couvre le jeune

Nom : Prénom :
 Adresse complète (CP/Ville/Quartier) *si différente de celle de l'enfant* :
 Tél portable : Tél fixe :
 Tél travail : Courriel :
 Numéro Caisse d'Allocations Familiales (obligatoire sauf cas particulier à préciser) :
 Quotient familial :
(calculé à partir de votre avis d'imposition 2022 sur vos revenus 2021)
 Régime de sécurité sociale : Régime général (et RSI) Régime MSA
 Situation professionnelle : Actif Étudiant Retraité
 Demandeur d'emploi inscrit à Pole Emploi Bénéficiaire du Revenu de Solidarité Active Inactif (Ne bénéficiant pas du Revenu de Solidarité Active)
 Je ne souhaite pas renseigner cette information

3 Autre responsable légal (obligatoire sauf si décision de justice contraire à fournir – voir pièces obligatoires)

Nom : Prénom :
 Adresse complète (CP/Ville/Quartier) *si différente de celle de l'enfant* :
 Tél portable : Tél fixe :
 Tél travail : Courriel :

Autres informations

Mode de garde de l'enfant : Par ses deux parents Mère seule Autre (précisez) :
 Père seul Alternée
 Facturation à adresser à : Responsable légal 1 Autre (précisez) :
 Responsable légal 2

Autre personne à prévenir en cas d'accident

Nom : Prénom :
Tél portable : Tél fixe :

- 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 : Tél portable :
Nom : Prénom : Tél portable :
Nom : Prénom : Tél portable :
Nom : Prénom : Tél portable :

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

Pièces obligatoires à fournir

Tout dossier incomplet ne pourra pas être traité.

- **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 2021** sur les revenus 2020
- **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.

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

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.

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 Périscolaire, 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.

Coordonnées générales

L'enfant

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....
 Adresse complète (CP/Ville/Quartier) si différente de celle de l'enfant :
 Tél portable : Sexe : M F

Vaccination

(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 (précisez) | | | |

Renseignements médicaux

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 Autre 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 légal

Nom : Prénom :
 Tél portable : Tél fixe : 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.

Fait le :/...../.....

Signature (précédée de la mention lue et approuvée)