

Pour le Centre d'animation

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|
| ☐ Argonne Nansouty Saint-Genès | ☐ Grand Parc | ☐ Saint-Michel | ☐ Sarah Bernhardt |
| ☐ Bastide Benauges | ☐ Monséjour | ☐ Saint-Pierre | ☐ Bacalan |
| ☐ Bordeaux Sud | ☐ Bastide Queyries | ☐ 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 2025 sur vos revenus 2024)

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 2025 sur les revenus 2024**
- ☐ **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 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)

Droit à l'image

La présente demande est destinée à recueillir le consentement et les autorisations nécessaires dans le cadre de l'enregistrement, la captation, l'exploitation et l'utilisation de l'image des enfants (photographie, vidéo voix) quel que soit le procédé envisagé. Elle est formulée dans le cadre des projets annuels enfance-jeunesse de l'association. Vu les dispositions des textes suivants :

l'article 9 du code civil,
la Déclaration universelle des droits de l'homme (article 12),
la Convention européenne des droits de l'homme (article 8),
la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (article 7).

Vu le règlement général européen N°2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation des données (RGPD) et à la loi n°78-17 du 06 janvier 1978 modifiée le 29 juin 2018 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

Je, soussigné.e.....représentant légal.e de
l'enfant.....

☐ Autorise l'enregistrement, la reproduction, la fixation sur quelque support que ce soit et la diffusion, communication sur quelque support que ce soit de photos, vidéos, enregistrements sonores à vocation éducative et de communication interne ou externe de l'association (exposition et restitution avec les familles, supports de communication papier, site internet, réseaux sociaux). Cette autorisation peut être retirée à tout moment par courriel auprès de l'association Centres d'animation de Bordeaux.¹

☐ Interdis la diffusion, la reproduction et la communication d'images, d'enregistrements sonores ou de films enregistrés ou fixés sur quelque support que ce soit laissant apparaître mon enfant dans le cadre de ses activités avec les Centres d'animation de Bordeaux.

La présente (autorisation ou interdiction) est valable pour la période scolaire de l'année 01/09/2025 au 31/08/2026.

Fait à..... le...../...../.....

Signature

¹ MENTIONS D'INFORMATION COLLECTE DES DONNEES

Les données traitées dans ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique dont l'association Centres d'animation de Bordeaux est responsable de traitement. La base légale du traitement est notre intérêt légitime hors inscription à la newsletter pour lequel votre consentement est requis. La finalité est prendre contact avec vous pour répondre à vos sollicitations. Les données sont conservées 3 ans à compter du dernier contact émanant du prospect. Conformément à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement général sur la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, d'interrogation, de limitation, de portabilité, d'effacement, de modification et de rectification des informations vous concernant. Vous disposez également d'un droit d'opposition pour motif légitime au traitement de vos données à caractère personnel. Enfin, vous disposez du droit de définir des directives générales et particulières définissant la manière dont vous entendez que soient exercés, après votre décès, ces droits. Vous pouvez exercer ces droits à l'adresse suivante : dpo@cabordeaux.fr. En cas de doute sur votre identité, il pourrait vous être demandé une copie d'un titre d'identité signé. Enfin, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, autorité de contrôle en charge du respect des obligations en matière de protection des données à caractère personnel si vous estimez que nous n'avons pas traité vos données conformément à la réglementation en vigueur.