



Dossier de renseignements **ÉLÉMENTAIRE** Activités hors temps scolaire 2016-2017

Photo
Identité

À remplir et à finaliser avec **les pièces obligatoires** auprès de l'association organisatrice

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

- Temps d'Activités Péri Scolaires (TAP)** de 14h30 à 16h30 une fois par semaine
- Accueil Périscolaire** associatif du **matin**
- Accueil Périscolaire** associatif du **soir**
- Centre d'Accueil et de Loisirs** du mercredi rattaché à l'école et déjeuner sur place
- Centre d'Accueil et de Loisirs** des vacances scolaires

Réservé à
l'association
T :

Écrire en **MAJUSCULES** S.V.P.

Nom de L'enfant : _____	
Prénom : _____	
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance : ____/____/____
Adresse : _____	
Mode de garde de l'enfant : <input type="checkbox"/> Par ses 2 parents <input type="checkbox"/> Alternée <input type="checkbox"/> Mère seule <input type="checkbox"/> Père seul <input type="checkbox"/> Autres	
École : _____	Classe-rentree 2016 : _____

Êtes-vous allocataire CAF ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, Numéro d'allocataire CAF : _____
<u>Régime de Sécurité Sociale du responsable légal qui couvre l'enfant</u> (cocher la case qui correspond à votre situation)
<input type="checkbox"/> Régime Général (& RSI) <input type="checkbox"/> MSA

Responsable légal 1 : Nom : _____	Prénom : _____
Profession (Facultatif) : _____	
Adresse (si différente de celle de l'enfant) : _____	
Tél. Portable : _____	Tél. Domicile : _____
Courriel : _____	Tél. Travail : _____
Responsable légal 2 : Nom : _____	Prénom : _____
Profession (Facultatif) : _____	
Adresse (si différente de celle de l'enfant) : _____	
Tél. Portable : _____	Tél. Domicile : _____
Courriel : _____	Tél. Travail : _____

Facturation à adresser à : _____
<input type="checkbox"/> Responsable légal 1 <input type="checkbox"/> Responsable légal 2
<input type="checkbox"/> Autres : _____



- **Personne à prévenir en cas d'accident** (si autre que les responsables légaux ci-dessus) :

Nom: _____ Tél. Portable : _____

Prénom : _____ Tél. Domicile : _____

- **Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant :**

Nom-Prénom : _____ Tél. Portable : _____

- J'autorise mon enfant à regagner son domicile seul à la fin des activités**

• **PIECES 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) *
- * 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.
- Attestation des employeurs ou d'un organisme de formation (jours et heures de travail)**
 - Courrier Code Tarif à la restauration 2016 ou certificat d'inscription à la restauration 2016-2017 ou avis d'imposition 2015 pour les enfants domiciliés hors Bordeaux ou ayant un PAI alimentaire* ***
- ** Sauf pour les TAP (Temps d'Activités Péri Scolaires)

Je, soussigné(e) _____

Responsable de l'enfant : _____

Reconnais avoir été informé(e) que les activités des associations peuvent nécessiter des déplacements à pied ou en transport collectif.

- Je refuse la diffusion de photographie ou film où apparaît mon enfant.**

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

Important

Tout dossier incomplet ne pourra pas être traité

Pour **valider votre inscription**, merci de **finaliser** votre démarche auprès de l'association organisatrice

- ❖ 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 des enfants hors temps scolaires (TAP, APS, CAL). Les destinataires des données sont les associations partenaires en charge de l'organisation de ces activités. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant aux associations organisatrices. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Les associations, dans le but de favoriser le développement et l'amélioration de leurs prestations, peuvent être amenées à communiquer à des tiers les coordonnées des adhérents. Ces derniers peuvent s'opposer à cette cession sur papier libre adressé au Président de l'association.



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 ces activités.

Elle sera présentée aux services de secours en cas d'accident pendant les activités.

Enfant :	<input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :
Nom :	Prénom :	
Adresse :		

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				B.C.G.			
ou Tétracoq				Autres (préciser)			

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical**? oui non

Si oui, joindre le **protocole d'accueil individualisé (PAI)** et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées 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**

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom : Tél. domicile : travail :

Portable :

Nom et tél. 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 :