



# Dossier de renseignements **ÉLÉMENTAIRE** Activités hors temps scolaire 2015-2016

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 :

- 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

Écrire en **MAJUSCULES** S.V.P.

**Nom de L'enfant :** \_\_\_\_\_

**Prénom :** \_\_\_\_\_

Sexe : M  F  Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

**Mode de garde de l'enfant :**  Par ses 2 parents  Alternée  Mère seule  Père seul  Autres

**École :** \_\_\_\_\_ **Classe-rentree 2015 :** \_\_\_\_\_

**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 : \_\_\_\_\_

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

Nom : \_\_\_\_\_ Tél. Portable : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Tél. Domicile : \_\_\_\_\_

**Facturation à adresser à :** \_\_\_\_\_

Responsable légal 1  Responsable légal 2

Autres : \_\_\_\_\_

Tournez S.V.P.



• **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 regagner son domicile seul à la fin des activités**

Êtes-vous allocataire **CAF** ?  Oui  Non

Si oui, **Numéro d'allocataire CAF** : \_\_\_\_\_

Régime de Sécurité Sociale du responsable légal qui couvre l'enfant

(cocher la case qui correspond à votre situation)

Régime Général (& RSI)  Régime Maritime  MSA

• **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 2015 ou certificat d'inscription à la restauration 2015-2016 ou avis d'imposition 2014 pour les enfants domiciliés hors Bordeaux ou ayant un PAI alimentaire\* \*

\*\* Sauf pour les **TAP** (Activités Péri Scolaires)

• **Responsable Légal 1**

• **Responsable Légal 2**

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_ 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 Responsable Légal 1

Fait le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature Responsable Légal 2

## 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 (APE, 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.



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU :.....

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 du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....