



# Dossier de renseignements

Activités hors temps scolaires 2022 – 2023  
- Dossier à retourner auprès de l'association organisatrice -

**MATERNELLE**       **ELEMENTAIRE**

Cadre réservé à  
l'association

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

- Pause du Midi** (*Coin bulle en maternelle - Animations en élémentaire*)  
 **Accueil Périscolaire associatif du matin** (*élémentaire uniquement*)  
 **Accueil Périscolaire associatif du soir**  
 **Centre d'Accueil et de Loisirs du mercredi**  
 **Centre d'Accueil et de Loisirs des vacances scolaires**

ECRIRE EN MAJUSCULES S.V.P

Nom de l'enfant :

Prénom :

Sexe :       M       F

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Ecole :

Classe rentrée 2022 :

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

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       Mère seule       Autre (précisez) :

Alternée       Père seul

Responsable légal 1 :

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Tél. Portable :

Tél. domicile :

Courriel :

Tél. travail :

Responsable légal 2 :

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Tél. Portable :

Tél. domicile :

Courriel :

Tél. travail :

Facturation à adresser à :

Responsable légal 1       Responsable légal 2

Autre (précisez) :

Autre personne à prévenir en cas d'accident :

Nom :

Prénom :

Tél. Portable :

Tél. domicile :

<b>Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant :</b>	
Nom Prénom :	Tél. portable :
Nom Prénom :	Tél. portable :
Nom Prénom :	Tél. portable :
Nom Prénom :	Tél. portable :
<input type="checkbox"/> J'autorise mon enfant à partir seul à la fin des activités (élémentaire uniquement)	
<b>Frères et sœurs scolarisés en école maternelle ou élémentaire :</b>	
Nom Prénom :	Classe :
Nom Prénom :	Classe :
Nom Prénom :	Classe :
<b>PIÈCES OBLIGATOIRES À FOURNIR :</b>	
<input type="checkbox"/> Une photo d'identité	
<input type="checkbox"/> Fiche sanitaire de liaison complétée	
<input type="checkbox"/> Photocopie des pages de vaccination du carnet de santé ou attestation de capacités du médecin	
<input type="checkbox"/> Si votre enfant a un <b>Projet d'Accueil Individualisé (PAI)</b> , merci de fournir le protocole d'accueil	
<input type="checkbox"/> <b>Attestation d'assurance</b> (responsabilité civile individuelle accident et extrascolaire)*	
<input type="checkbox"/> <b>Attestation(s) d'employeur(s)</b> ou d'un organisme de formation précisant jours et heures de présence du ou des parents le cas échéant**	
<input type="checkbox"/> <b>Facture municipale de la pause du midi</b> de Mars 2022 ou ultérieure si votre enfant est domicilié à Bordeaux et inscrit à la pause du midi dans une école publique de la ville**	
<input type="checkbox"/> <b>Avis d'imposition 2021 sur le revenu 2020</b> si votre enfant n'est pas inscrit à la pause du midi ou dispose d'un PAI alimentaire ou est scolarisé en école privée **	
<input type="checkbox"/> <b>En cas de situation particulière concernant la garde de l'enfant</b> : 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.	
<b>Je soussigné(e) :</b>	
<b>Responsable légal de l'enfant :</b>	
<input type="checkbox"/> Autorise la capture et la diffusion de photos ou de 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)	
<input type="checkbox"/> Reconnais avoir été informé(e) que les activités des associations peuvent nécessiter des déplacements à pied ou en transport collectif.	
<input type="checkbox"/> 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
<b>IMPORTANT</b>	
<b>Merci de vous rapprocher de l'association organisatrice afin de finaliser votre inscription.</b> Veuillez prévoir le règlement de l'adhésion à l'association. Tout dossier incomplet ne pourra pas être traité.	
<small>         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 données à caractère personnel ici recueillies feront l'objet d'un traitement par Ville de Bordeaux pour les finalités suivantes : gestion des activités de l'enfant hors temps scolaires (Pause Méridienne, Accueil Péri Scolaire, Centre d'Accueil et de Loisirs). Ce traitement est fondé sur l'exécution d'une mission d'intérêt public dont la Ville de Bordeaux est investie. Les destinataires de ces données sont les agents habilités de la Direction de la Vie Associative et de l'Enfance et de la Direction Éducation de la Ville de Bordeaux ainsi que les personnes habilitées des associations partenaires en charge de l'organisation de ces activités. Ces données seront conservées le temps de l'inscription de l'enfant à une activité péri/extrascolaire, après quoi elles seront archivées jusqu'à expiration de la durée d'utilité administrative puis supprimées ou archivées à titre définitif dans des conditions définies en conformité avec les dispositions du code du patrimoine. Conformément à la loi n° 78-17 « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez à tout moment pour les données à caractère personnel vous concernant et dans les conditions prévues par la loi, de droits d'accès, de rectification, à l'effacement, d'opposition, à la limitation, d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ainsi que du droit à communiquer des instructions sur leur sort en cas de décès. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au service enfance de la Ville de Bordeaux à l'adresse postale suivante : Service enfance, Mairie de Bordeaux, 4 rue Claude Bonnier, 33 000 Bordeaux ou au Délégué à la Protection des Données (DPO) de la Ville de Bordeaux à l'adresse mail suivante : <a href="mailto:contact.cnil@bordeaux-metropole.fr">contact.cnil@bordeaux-metropole.fr</a> ou par courrier postal : Délégué à la Protection des Données, Bordeaux Métropole, Direction des Affaires Juridiques, Esplanade Charles-de-Gaulle, 33045 Bordeaux Cedex. Pour en savoir plus, consultez vos droits sur le site de la CNIL : <a href="http://www.cnil.fr/fr/les-droits-pour-maitriser-vos-donnees-personnelles">www.cnil.fr/fr/les-droits-pour-maitriser-vos-donnees-personnelles</a> </small>	



# 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 pourra être consultée par les personnes en responsabilité de l'enfant et sera présentée aux services de secours en cas d'accident pendant les activités.

## ENFANT :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Sexe :  M  F Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

## 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 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 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.

Date : \_\_\_\_\_ Lu et approuvé  
Signature \_\_\_\_\_