



Fiche de demande d'inscription

Activités hors temps scolaires 2023 – 2024

- Fiche à retourner auprès de l'association organisatrice -

MATERNELLE **ELEMENTAIRE**

Photo d'identité

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 : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date de naissance :
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Ecole :	Classe rentrée 2023 :

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

Régime de Sécurité Sociale du ou de la responsable légal(e) 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(e) 1 :

Nom : _____ Prénom : _____

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

Tél. Portable : _____ Tél. domicile : _____

Courriel : _____ Tél. travail : _____

Situation professionnelle : En activité En formation En recherche d'emploi En études

Autre (précisez) : _____

Responsable légal(e) 2 :

Nom : _____ Prénom : _____

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

Tél. Portable : _____ Tél. domicile : _____

Courriel : _____ Tél. travail : _____

Situation professionnelle : En activité En formation En recherche d'emploi En études

Autre (précisez) : _____

Facturation à adresser à :

Responsable légal(e) 1 Responsable légal(e) 2

Autre (précisez) : _____

Autre personne à prévenir en cas d'accident :

Nom : _____ Prénom : _____

Tél. Portable : _____ Tél. domicile : _____

Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant :	
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)	
Frères et sœurs scolarisés en école maternelle ou élémentaire :	
Nom Prénom :	Classe :
Nom Prénom :	Classe :
Nom Prénom :	Classe :
PIÈCES OBLIGATOIRES À FOURNIR :	
<input type="checkbox"/> 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 capacité du ou de la médecin	
<input type="checkbox"/> Attestation d'assurance (responsabilité civile individuelle accident et extrascolaire)*	
Facture municipale de la pause du midi de mars 2023 ou ultérieure si votre enfant est inscrit à la pause du midi dans une école publique de la ville	
Votre dernier avis d'imposition si votre enfant n'est pas inscrit à la pause du midi dans une école publique de la ville	
Attestation(s) d'employeur(s) ou de pôle emploi ou d'un organisme de formation ou certificat de scolarité pour les étudiants et étudiantes	
<input type="checkbox"/> Si vous êtes concerné(e) : protocole d'accueil si votre enfant dispose d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)	
Si vous êtes concerné(e) : copie du dernier jugement de divorce ou ordonnance provisoire du ou de la Juge des Affaires Familiales en cas de situation particulière concernant la garde de l'enfant	
<small>* Conformément à l'article 38 de la loi 84-610 du 16 juillet 1984, les associations informent leurs adhérents et adhérentes de l'intérêt qu'ils et elles ont de souscrire un contrat assurant des garanties forfaitaires (indemnités journalières) au cas où ils et elles seraient victimes de dommages corporels.</small>	
Je soussigné(e) :	
Responsable légal(e) de l'enfant :	
Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association pour les accueils de loisirs et m'engage à le respecter.	
Reconnais avoir été informé(e) que les activités des associations peuvent nécessiter des déplacements à pied ou en transport collectif.	
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	
Merci de vous rapprocher de l'association organisatrice afin de finaliser votre inscription. 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</small>	
<small>o Les données à caractère personnel ici recueillies feront l'objet d'un traitement par la ville de Bordeaux pour les finalités suivantes : gestion des activités de l'enfant hors temps scolaires (Pause du Midi, 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 personnes habilitées de la Direction de la Vie Associative, Enfance et Jeunesse 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'adhésion de l'enfant à l'association 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 : contact.cnil@bordeaux-metropole.fr 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 : www.cnil.fr/fr/les-droits-pour-maitriser-vos-donnees-personnelles</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
Diphthérie				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** (handicap, 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(E) :

Nom : _____ Prénom : _____
Tél. Portable : _____ Tél. Domicile : _____ Tél. Travail : _____

Nom et téléphone du ou de la médecin traitant (facultatif) :

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le ou la 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 _____