



# Dossier de renseignements **ÉLÉMENTAIRE** Activités hors temps scolaire 2017-2018

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  F

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

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

**École :** \_\_\_\_\_

**Classe-rentree 2017 :** \_\_\_\_\_

**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)

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 (Obligatoire pour exercer ses droits parentaux) :**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

Profession (Facultatif) : \_\_\_\_\_

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

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

• **Autre personne à prévenir en cas d'accident :**

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

Prénom : \_\_\_\_\_ 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 : \_\_\_\_\_

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

• **Frères et sœurs scolarisés en école maternelle ou élémentaire**

Nom - Prénom : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_  
Nom - Prénom : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_  
Nom - Prénom : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_  
Nom - Prénom : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

• **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) \*\*  
 **Domicilié à Bordeaux : Justificatif Code Tarif restauration 2017 \*\***  
 **Domicilié hors Bordeaux, ou PAI alimentaire, ou Scolarisé en école privée : Avis d'imposition 2016 sur les revenus 2015 \*\***

\*\* 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.  
Le règlement de l'adhésion à l'association est à prévoir

- ❖ 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 ses activités.

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

<b>Enfant :</b>	<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 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                  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 :