



Dossier de renseignements MATERNELLE

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 :

Réservé à
l'association
T :

- Temps d'Activités Périscolaires (TAP)** le midi pour les moyennes et grandes sections
- Accueil Périscolaire** associatif du **soir**
- Centre d'Accueil et de Loisirs** du mercredi rattaché à l'école et déjeuner à l'école
- Centre d'Accueil et de Loisirs** des vacances scolaires

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 : 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

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 pouvoir 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 : _____

• **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) *
- 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****

* 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.

**Sauf pour les TAP (Temps d'Activités Périscolaires)

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.

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 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 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 :