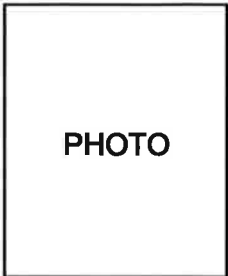




Dossier de renseignements Activités hors temps scolaire 2018-2019



MATERNELLE

ELEMENTAIRE

ATELIERS ARTISTIQUES 6-12 ans



FORFAIT APS oui non

Disponible jusqu'au 30/09/2018

30 min 1H 1H30 2H

ENGAGEMENT ANNUEL

Réservé APEEF - QF et Tarif

Dossier saisi :

A 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 :

Pause méridienne (Coin Bulle) le midi — Moyenne et grande section

Accueil Périscolaire associatif du **soir**

Centre d'Accueil et de Loisirs du mercredi **Centre d'Accueil et de Loisirs** des vacances scolaires

MERCI DE BIEN VOULOIR REMPLIR L'INTEGRALITE EN MAJUSCULE

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 2018 :**

Numéro d'allocataire (obligatoire sauf cas particulier à préciser)

Régime de Sécurité Sociale du responsable légal qui couvre l'enfant (cocher la case qui correspond à votre situation)

Régime Général (& RSI) MSA

Nombre d'enfants à charge _____

Adresse mail de facturation : (lettres capitales svp)

_____ @ _____

Facturation à adresser à : Responsable légal 1 Responsable légal 2

Autre (préciser) _____

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 : _____

Réservé APEEF (Ateliers artistiques)

Revenus mensuels : Revenus annuels: QF : Th: Tarif :

Tournez svp

*** Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant :**

Nom-Prénom : _____ Tel portable : _____

Nom-Prénom : _____ Tel portable : _____

Nom-Prénom : _____ Tel portable : _____

*** Personnes à prévenir en cas d'accident (si autres que responsables légaux renseignés page 1) :**

Nom-Prénom : _____ Tel portable : _____

Nom-Prénom : _____ Tel portable : _____

J'autorise mon enfant à partir seul à la fin des activités (élémentaire uniquement)

PIECES OBLIGATOIRES À FOURNIR

Adhésion 2018-2019 à régler lors de l'inscription: 30 € *

Une Photo d'identité

Fiche sanitaire de liaison complétée

Photocopies 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)

Attestation CAF

Feuille mairie de mars 2018 avec code tarif restauration ou avis d'imposition 2017 sur les revenus 2016

Hors Bordeaux ou Ecole privée ou PAI Alimentaire : Feuille d'imposition 2017 sur les revenus de 2016

En cas de situation particulière concernant la garde de l'enfant : copie du dernier jugement de divorce ou ordonnance provisoire du Juge des Affaires Familiales

Je, soussigné(e), responsable de l'enfant _____

Reconnais avoir été informé(e) que les activités des associations peuvent nécessiter des déplacements à pieds ou en transport collectif.

J'autorise la diffusion de photographies ou films où apparaît mon enfant. (droit à l'image)

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.

J'ai pris connaissance du règlement de fonctionnement des accueils périscolaires et de loisirs de l'association APEEF et des modalités de règlements.

Autorise l'association APEEF à consulter le fichier CDAP (logiciel dédié aux partenaires de la CAF) afin de connaître mon quotient familial. En cas de refus, il me faudra fournir les fiches d'imposition des deux parents. A défaut, c'est le tarif le plus élevé qui sera appliqué.

Fait le : ____/____/____

Signature responsable légal 1 :

Signature responsable légal 2 :

Important

Tout dossier incomplet ne pourra pas être traité

Pour valider votre inscription, merci de finaliser votre démarche auprès du directeur APEEF du site fréquenté par votre enfant

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 informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des activités de l'enfant hors temps scolaires (Pause Méridienne, Accueil Péri Scolaire, Centre d'Accueil et de Loisirs). Le destinataire des données est l'association partenaire en charge de l'organisation de ces activités. Elles seront conservées pendant 3 ans. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 dénommé « Règlement Européen sur la Protection des Données » et à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent et selon les cas d'opposition, d'effacement, de portabilité ou de limitation du traitement. Pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, pour accéder aux informations vous concernant et les faire rectifier vous pouvez vous adresser à l'accueil de l'association. Pour l'exercice de vos droits vous pouvez également contacter le Délégué à la Protection des Données (DPO) à l'adresse mail suivante : contact.cnil@bordeaux-metropole.fr ou par courrier postal : 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. Vous avez également la possibilité d'introduire une plainte ou une réclamation auprès des services de la CNIL.



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
Diptérie				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? 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 :

