



Ville de
BORDEAUX

Fiche de demande d'inscription

Activités hors temps scolaires 2025 – 2026

- Fiche à retourner auprès de l'association organisatrice -

MATERNELLE ELEMENTAIRE

Photo d'identité

Cliquez pour insérer une photo

Association
Centre Social
Foyer Fraternel



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

- Pause du Midi (Coin bulle- maternelle uniquement)
- Accueil Périscolaire associatif du soir (maternelle uniquement)
- Centre d'Accueil et de Loisirs du mercredi:
- Tous les Mercredis; 1 Mercredi sur 2 (semaine paire, semaine impaire, Ne sais pas encore)
- Journée complète; 1/2 journée matin sans repas; 1/2 journée matin avec repas;
- 1/2 journée après-midi sans repas; 1/2 journée après-midi avec repas
- Centre d'Accueil et de Loisirs des vacances scolaires

ECRIRE EN MAJUSCULES S.V.P

Nom de l'enfant :	Prénom :
Sexe : <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	Date de naissance :
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Ecole :	Classe rentrée 2025 :

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 médicale	
<input type="checkbox"/> Attestation d'assurance (responsabilité civile individuelle accident et extrascolaire)*	
<input type="checkbox"/> Facture municipale de la pause du midi de mars 2025 ou ultérieure (si votre enfant est inscrit à la pause du midi dans une école publique de la ville) ou Votre dernier avis d'imposition (si votre enfant n'est pas inscrit à la pause du midi dans une école publique de la ville)	
<input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> Si vous êtes concerné(e) : calendrier de garde alternée daté et signé conjointement pour l'année scolaire ou celui défini par le dernier jugement de divorce ou l'ordonnance provisoire de conciliation.	
<i>* 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 ont de souscrire un contrat assurant des garanties forfaitaires (indemnités journalières) au cas où ils seraient victimes de dommages corporels.</i>	
Je soussigné(e) :	
Responsable légal(e) de l'enfant :	
<input type="checkbox"/> Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association pour les accueils de loisirs et m'engage à le respecter.	
<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
IMPORTANT	
Tout dossier incomplet ne pourra pas être traité.	
L'adhésion à l'association de 14€ est obligatoire et apparaîtra sur votre première facture.	
<small> o La CAF et la Ville de Bordeaux, co-financiers, 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 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, Cité municipale, 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
Diphtérie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Hépatite B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tétanos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Rubéole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Poliomyélite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Coqueluche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ou DT polio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		B.C.G.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ou Tétracoq	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Autres (préciser)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

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 Oui Non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir, le cas échéant joindre le projet d'accueil individualisé correspondant :

Percevez vous l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) : Oui Non

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... :

REGIME ALIMENTAIRE:

Aucun : Sans Viande : Sans Porc : Végétarien : Autre : _____

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