

Fiche de demande d'inscription à remettre à l'association organisatrice

Centres d'Accueil et de Loisirs

Accueil PériScolaire

Merci de bien vouloir cocher la ou les cases qui correspondent à votre demande

Année scolaire 2012 – 2013

Renseignements concernant l'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe F M

Adresse : _____

Date de naissance : __ / __ / ____ A : _____ Ecole : _____ Classe : _____

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
 Régime Maritime
 MSA
 Autres (Sncf, ratp, EDF/GDF)

Partie réservée à l'association	
Tarif cantine	Tarif APS
Q F =	Tarif CAL journée
	Tarif CAL ½ journée

- ❖ Le calcul du coût de l'activité est fonction de votre quotient familial. Dans le cas d'une garde alternée avec facturation différenciée, une fiche renseignée par chacun des parents sera nécessaire.
- ❖ Une adhésion à l'association organisatrice vous sera demandée et s'ajoutera au prix de l'activité.

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT :

Père

Mère

Nom/Prénom : _____ Nom/Prénom : _____

Adresse : _____ Adresse : _____

Téléphone du domicile : -- / -- / -- / -- / -- Téléphone du domicile : -- / -- / -- / -- / --

Portable : -- / -- / -- / -- / -- Portable : -- / -- / -- / -- / --

Courriel : _____ Courriel : _____

Profession : _____ Profession : _____

Téléphone professionnel : -- / -- / -- / -- / -- Téléphone professionnel : -- / -- / -- / -- / --

Nombre d'enfants à charge dans la famille :

Concernant vos enfants, merci de nous signaler si vous avez, parallèlement, entamé des démarches d'inscription auprès d'une autre association concernant un Centre d'Accueil et de Loisirs et (ou) un Accueil PériScolaire :

Nom/Prénom : _____ Date de naissance : __ / __ / ____ Ecole : _____ CAL et (ou) APS

Nom/Prénom : _____ Date de naissance : __ / __ / ____ Ecole : _____ CAL et (ou) APS

AUTORISATIONS PARENTALES

<p>J'autorise la Direction du centre à faire donner à mon enfant les soins médicaux et chirurgicaux nécessaires et m'engage à rembourser sur présentation des justificatifs, les frais engagés par le centre.</p> <p>Bordeaux, le _____</p> <p>Signature des responsables légaux</p>	<p>J'autorise mon enfant à quitter le centre seul, sous ma responsabilité à partir de _____H</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Bordeaux, le _____</p> <p>Signature des responsables légaux</p>
--	--

Nom des personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom/Prénom : _____ tel. : - - / - - / - - / - - / - -

Nom/Prénom : _____ tel. : - - / - - / - - / - - / - -

Nom/Prénom : _____ tel. : - - / - - / - - / - - / - -

Personne à prévenir en cas d'accident (différente des parents) :

Nom/Prénom : _____ tel. : - - / - - / - - / - - / - -

OBSERVATIONS DES PARENTS : _____

Le projet pédagogique est à votre disposition auprès de l'association organisatrice.

PIECES OBLIGATOIRES À JOINDRE A LA FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

Tout dossier incomplet ne sera pas accepté

- Attestations des employeurs ou d'un organisme de formation (jours et heures de travail).**
- Attestation d'assurance (Responsabilité Civile Individuelle Accident).**

Conformément à l'article 38 de la loi 84 -610 du 16 Juillet 1984, nous informons nos 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.

- Photocopie des pages de vaccination du carnet de santé, ou attestation du médecin.**
- Fiche sanitaire complète.**
-

1 photo (format identité).

L'avis d'imposition de l'année 2012 sur les revenus 2011 est à présenter en septembre et avant le 31 Octobre 2012 à l'association qui inscrira votre enfant, afin de pouvoir calculer votre Quotient Familial qui déterminera le tarif qui sera appliqué pour ces activités d'accueil.

- ❖ La CAF et la Mairie de Bordeaux, cofinanceurs, sont liés par une convention de partenariat avec l'association organisatrice, en charge de la prestation d'accueil et de loisirs.
- ❖ Conformément à la loi 78-17 du 06.01.78, les adhérents sont informés de ce que les informations sont destinées à alimenter un fichier informatisé. Ils disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant. L'association, dans le but de favoriser le développement et l'amélioration de ses prestations, peut être amenée 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.

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....
.....
.....
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....
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 du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....