



FICHE D'ADHÉSION

2024-2025

FAMILLE

Du 2 sept 2024 au 31 août 2025

Minimum 1 adulte et 1 enfant/jeune vivant à la même adresse

NOM(S) DU OU DES ADHÉRENT(E)(S)(ES)

Nom	Prénom	Sexe		Date de naissance	Activités EPAJG
		F	G		

RESPONSABLES LÉGAUX de l'enfant/jeune

Responsable 1 à préciser :	Responsable 2 à préciser :
Nom - Prénom : _____	Nom - Prénom : _____
Téléphone : _____	Téléphone : _____
Adresse mail : _____	Adresse mail : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
CP /Ville : _____	CP /Ville : _____

J'autorise l'envoi des factures par mail

Résidence de(s) enfant(s) / jeune(s) à préciser	Autorité parentale
Chez les parents <input type="checkbox"/> Chez le père <input type="checkbox"/> Chez la mère <input type="checkbox"/> En garde alternée <input type="checkbox"/>	Les parents <input type="checkbox"/> Le père <input type="checkbox"/> La mère <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) <input type="checkbox"/> _____
Les parents ou tuteurs séparés ou divorcés doivent fournir l'extrait de jugement, ou s'il n'y a pas de jugement, une attestation sur l'honneur signée des deux parents dans laquelle les modalités de garde sont précisées. <u>Garde alternée</u> : fournir un planning (calendrier) de l'année scolaire, daté et signé par les deux parents. (uniquement pour le château malartic)	

INFORMATIONS CAF (à remplir obligatoirement)

Régime allocataire : Général MSA autre (maritime...) à préciser _____

Nom et Prénom allocataire CAF : _____ N° allocataire : _____ Nombre d'enfant(s) à charge : __

Autorisation de diffusion et de droit à l'image (Uniquement pour les adultes) :

J'autorise l'EPAJG à me prendre en photo ou à me filmer oui non

J'autorise l'EPAJG à diffuser les photos ou films oui non

Si vous résidez Gradignan, merci de préciser le quartier d'habitation :

- Barthez Malartic Cantaranne/Lange Canteloup/Mandavit Centre-ville
 St Géry/Favard Chartrèze/Ornon

Date : _____ Signature : _____



VERSO RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION



NE PAS REMPLIR

ACCOMPAGNEMENT SCOLAIRE 6-14 ANS (CP - TROISIÈME)

ÉLÉMENTAIRE		COLLÈGE :	
Lange <input type="checkbox"/> St Géry/Martinon <input type="checkbox"/>	Lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi <input type="checkbox"/>	Monjous <input type="checkbox"/>	Mauguin <input type="checkbox"/>
St Exupéry/Bourg <input type="checkbox"/> Malartic <input type="checkbox"/> Le Pin Franc/ Barthez <input type="checkbox"/>	mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi <input type="checkbox"/>	mardi <input type="checkbox"/>	jeudi <input type="checkbox"/> vendredi <input type="checkbox"/>

ACTIVITÉS ET ATELIERS 6-10 ans (du CP au CM2)

MERCREDIS MATIN AU CHÂTEAU	MERCREDIS APRES-MIDI AU CHÂTEAU
<input type="checkbox"/> Atelier Créatif <input type="checkbox"/> Mini-session découverte « Matin » : nbre de cycles ___ <input type="checkbox"/> Mini-session Multisports (CP-CE1-CE2) : nbre de cycles ___ <input type="checkbox"/> Mini-session Multisports (CM1 - CM2) : nbre de cycles ___ REPAS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hip-Hop Kid's <input type="checkbox"/> Zumba Kid's <input type="checkbox"/> Atelier Dessin <input type="checkbox"/> Atelier Théâtre <input type="checkbox"/> Mini-session découverte «Après-midi» : nbre de cycles ___ <input type="checkbox"/> Mini-session « bricolage » : nbre de cycles ___

ALSH Le Château (uniquement pour les vacances Scolaires)

ESPACE BARTHEZ

DEMOS

ACTIVITÉS ET ATELIERS ADOS 11-17 ans (6ème--Terminale)

ALSH Théâtre d'Impro Dessin Magie Hip Hop

Session découverte Nombres de séances : _____

Club "Ados Cuistots" Nombres de séances : _____

Salle de répétition tROCKé

ATELIERS ADULTES

BARTHEZ	BOURG	MALARTIC
Cuisine <input type="checkbox"/> Couture <input type="checkbox"/> Pause Bla bla <input type="checkbox"/> Randonnée <input type="checkbox"/> Alphabétisation <input type="checkbox"/> « C'est mamie qui l'a fait » <input type="checkbox"/> Fitness <input type="checkbox"/> Soirée famille <input type="checkbox"/> Sortie famille <input type="checkbox"/> Atelier parents/enfants <input type="checkbox"/>	Yoga AGY <input type="checkbox"/> Zumba <input type="checkbox"/> Salle de répétition tROCKé <input type="checkbox"/> Pour les répétitions au tROCKé : Nom du groupe : _____ Jour et heure de répétition : _____	Danses polynésiennes <input type="checkbox"/> Yoga AGY <input type="checkbox"/> Yoga Ouverture au Yoga <input type="checkbox"/> Sophrologie <input type="checkbox"/>

DÉTAIL MONTANT DÛ

	TOTAL :

Quotient familial (QF) : _____

GRADIGNAN	HORS COMMUNE
QFA <input type="checkbox"/> QFB <input type="checkbox"/> QFC <input type="checkbox"/> QFD <input type="checkbox"/> QFE <input type="checkbox"/> QFF <input type="checkbox"/>	QFA <input type="checkbox"/> QFB <input type="checkbox"/> QFC <input type="checkbox"/> QFD <input type="checkbox"/> QFE <input type="checkbox"/> QFF <input type="checkbox"/>

Moyens de paiement :

FICHE DE LIAISON SANITAIRE
2024/2025
ACCUEIL DE LOISIRS / ACC. SCOLAIRE
du 1er sept 2024 au 31 août 2025

MERCI D'ECRIRE EN LETTRES MAJUSCULES

ENFANT :

NOM : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Sexe : Féminin Masculin

École : Classe :

Enfant scolarisé hors commune : Oui Non

Je soussigné(e), autorise les animateurs à correspondre
avec mon fils/ma fille, par téléphone, SMS et/ou mail et/ou réseaux sociaux **Oui** **Non**

N° Tél portable Mail..... **Oui** **Non**

RESPONSABLES LEGAUX :

Parent 1 (Mère- Père - Beau-père - belle mère – tuteur – placement)

NOM : Prénom :

Adresse :

Quartier de Gradignan : Barthez Cantaranne/Lange Canteloup/Mandavit Centre ville
Chartrèze/Ornon Malartic St Géry/Favard

Tél portable :

Travail : Poste n° : Mail :

Parent 2 (Mère- Père - Beau-père - belle mère – tuteur – placement)

NOM : Prénom :

Adresse :

..... Quartier de Gradignan :

Tél portable:

Travail : Poste n° : Mail :

AUTRE (Beau-père - belle mère – tuteur – placement)

NOM : Prénom :

Adresse :

Tél portable :

Travail : Poste n° : Mail :

N° Allocataire CAF Nom - prénom bénéficiaire Nombre d'enfants à charge.....

Régime Sécurité Sociale : Régime général Régime MSA Autre A préciser :

Je soussigné(e) ----- 

autorise l'équipe d'animation :

1/ à prendre mon enfant en photo ou film, dans le cadre des animations proposées à les utiliser (ex : pour les programmes d'activités, le site internet de la Ville, etc) : **Oui** **Non**

2/ à transporter mon enfant dans un véhicule de l'équipe ou le minibus de l'EPAJG pour se rendre sur les lieux d'activités : **Oui** **Non**

4/ **autorise les personnes citées ci-dessous** à récupérer mon enfant et décharge l'établissement d'accueil de toute responsabilité, et à être contacté d'urgence si je suis injoignable. **NB : Toute personne devra justifier de son identité sans quoi l'enfant ne lui sera pas confié.**

NOM et Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

5/ **autorise mon enfant à rentrer seul** après l'activité : **Oui** **Non**

Observations :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OBLIGATOIRES :

1/ Je soussigné(e)autorise l'équipe de direction à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. Il est à rappeler qu'en cas d'urgence, l'enfant sera pris en charge par les pompiers ou le samu : **Oui** **Non**

2/ Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles de contact, des prothèses auditives ou dentaires ? **Oui** **Non** si oui, précisez :

3/ Votre enfant a t-il des allergies ?

Médicamenteuses	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez :
Alimentaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez :
Asthme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez :
Autres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez :

IMPORTANT : L'enfant fait-t-il l'objet d'un Protocole d'Accueil Individualisé ? **Oui** **Non**

Si oui, vous devez impérativement remplir le PAI EPAJG et prendre contact avec l'équipe de direction de la structure d'accueil concernée (à télécharger sur le site internet de la ville).

4/ Vaccinations obligatoires :

Pour les enfants nés **après 2018** :

11 vaccins obligatoires

Date du dernier rappel :

Pour les enfants nés **avant 2018** :

Vaccination contre la DT Poliomyélite -

Date du dernier rappel :

5/ Votre enfant est-il en situation de handicap ? **Oui** **Non**

Si oui, précisez le type de handicap :

Si oui, bénéficiez vous de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) ? **Oui** **Non**

6/ Votre enfant a t-il eu des difficultés de santé particulières (Maladies, Crises convulsives, Hospitalisation, etc) ? **Oui** **Non** si oui, précisez :

7/ A t-il un traitement au long court ? **Oui** **Non** si oui, précisez :

8/ **Nom – Prénom – n° téléphone médecin traitant :**

9/ Autres recommandations utiles :

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR :

- Attestation de Quotient Familial CAF
- Justificatif de domicile (- de 3 mois)
- Photocopie vaccinations obligatoires

Selon l'article L 227-5 du code de l'action sociale et des familles, nous vous informons de l'obligation de souscrire, par les responsables légaux, un contrat d'assurance (responsabilité civile) afin de couvrir vos enfants lors de dommage(s) occasionné(s) dans le cadre des activités proposées.

Je soussigné(e)responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et déclare avoir pris connaissance des projets éducatifs et pédagogiques de la structure d'accueil concernée (documents disponibles sur site).

Fait le :, Signature (*Faire précéder la mention «lu et approuvé»*) :

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) L'EPAJG à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'EPAJG

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :
- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA

FR13 MAL 85702B

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER

Nom : EPAJG

Adresse : allée Gaston Rodrigues

CS 50105

Code postal : 33 173

Ville : GRADIGNAN Cedex

Pays : France

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

I | B | A | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

| | | | | | | | | | (| | | |)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif **Y**

Signé à :

Signature :

Le (JJ/MM/AAAA) :

DÉSIGNATION DU TIERS DÉBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUÉ (SI DIFFÉRENT DU DÉBITEUR LUI-MÊME ET LE CAS ÉCHÉANT) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par l'EPAJG. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec l'EPAJG.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

