



# FICHE D'ADHÉSION

2024-2025

Enfants/Jeunes  
6-17 ans / CP-Terminale

Du 2 sept 2024 au 31 août 2025

ENFANTS 6/10 ans <input type="checkbox"/> CP - CM2	Bourg <input type="checkbox"/> Malartic <input type="checkbox"/> Barthez <input type="checkbox"/>	JEUNES 11/ 17 ans <input type="checkbox"/> 6ème - Terminale
---	---	--

## NOM(S) DU OU DES ADHÉRENT(E)(S)(ES)

Nom	Prénom	Sexe		Date de naissance	Activités EPAJG
		F	G		

J'autorise l'envoi des factures par mail

## RESPONSABLES LÉGAUX

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

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.  
Garde alternée : 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 <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> autre (maritime...) à préciser <input type="checkbox"/> _____
Nom et Prénom allocataire CAF : _____ N° allocataire : _____ Nombre d'enfant(s) à charge : __

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 :
--------	-------------

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatisé destiné au suivi administratif du dossier de l'enfant par l'EPAJG. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez de droits d'accès, de rectification et de suppression que vous pouvez exercer en contactant le secrétariat de l'EPAJG. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, vous pouvez également consulter notre politique de gestion des données personnelles dans la rubrique "Données Personnelles" du site internet de la collectivité <https://www.gradignan.fr>. Si vous estimez que vos droits informatique et libertés ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une réclamation auprès de la CNIL »

**VERSO RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION****NE PAS REMPLIR****ACCOMPAGNEMENT SCOLAIRE 6-14 ANS (CP - TROISIÈME)****ÉLÉMENTAIRE**

Lange   
 St Géry/Martinon

Lundi  mardi   
 jeudi  vendredi

St Exupéry/Bourg   
 Malartic   
 Le Pin Franc/ Barthez

mardi   
 jeudi   
 vendredi

**COLLÈGE :**

Monjous  Mauguin   
 mardi  jeudi  vendredi

**ACTIVITÉS ET ATELIERS 6-10 ans (du CP au CM2)****MERCREDIS MATIN AU CHÂTEAU**

Atelier Créatif  
 Mini-session découverte « Matin » : nbre de cycles \_\_  
 Mini-session Multisports (CP-CE1-CE2) : nbre de cycles \_\_  
 Mini-session Multisports (CM1 - CM2) : nbre de cycles \_\_  
 REPAS

**MERCREDIS APRES-MIDI AU CHÂTEAU**

Hip-Hop Kid's  Zumba Kid's  
 Atelier Dessin  Atelier Théâtre  
 Mini-session découverte «Après-midi» : nbre de cycles \_\_  
 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

**Pour les répétitions au tROCKé :**

Nom du groupe : ----- Jour et heure de répétition : -----

**DÉTAIL MONTANT DÛ**

<b>TOTAL :</b>	

**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»*) :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatisé destiné au suivi administratif du dossier des familles adhérents par L'EPAJG. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez de droits d'accès, de rectification et de suppression que vous pouvez exercer en contactant l'EPAJG Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, vous pouvez également consulter notre politique de gestion des données personnelles dans la rubrique "Données Personnelles" du site internet de la collectivité [https:// www.gradignan.fr](https://www.gradignan.fr). Si vous estimez que vos droits informatique et libertés ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une réclamation auprès de la CNIL »

# 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)

IBAN

### 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.