

Cadre réservé à l'APEEF

Tarif 1 : 200 € Tarif 2 : 350 € Tarif 3 : 450 €

Atelier supplémentaire : Tarif 1 : 140 € Tarif 2 : 290 € Tarif 3 : 390 €

Dossier réceptionné par : Le/...../..... Dossier saisi

Nom :

Prénom :

fille garçon Date de naissance :/...../..... Age en septembre 2024 :

Adresse :

Complément :

Code postal : Ville :

Mode de garde : Par ses 2 parents Alternée Mère seule Père seul Autre

Ecole fréquentée à la rentrée 2024 :

Classe en 2024 : PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2 Autre :

Autres enfants inscrits à l'APEEF : Non Oui - Nom et Prénom si différent :

Numéro d'allocataire CAF (**Obligatoire** sauf cas particulier à préciser)

Régime de Sécurité Sociale du responsable légal qui couvre l'enfant : Régime Général MSA

Les factures seront envoyées par mail. Merci d'écrire lisiblement.

Destinataire des factures : Responsable légal 1 Responsable légal 2 Les deux responsables

Responsable légal 1 :

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :
.....
.....

CP : Ville :

Tel (**obligatoire**) :

Mail (**obligatoire**) :

Profession :

Responsable légal 2 :

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :
.....
.....

CP : Ville :

Tel (**obligatoire**) :

Mail (**obligatoire**) :

Profession :

Personnes majeures autorisées à venir chercher l'enfant et à prévenir en cas d'urgence (Cf. règlement intérieur) :

Nom / Prénom : Lien : Téléphone :

Nom / Prénom : Lien : Téléphone :

Nom / Prénom : Lien : Téléphone :

Nom / Prénom : Lien : Téléphone :

Autorisation de sortie de l'enfant seul à la fin de l'atelier (et/ou de fouille livres le mercredi) : oui non

Si oui, à partir de h

Pour toutes modifications dans l'année, nous vous remercions de vous rapprocher de l'animateur.

AUTORISATION PARENTALE RELATIVE AUX DROITS À L'IMAGE

J'autorise les représentants de la structure d'accueil à diffuser les photos de mon enfant :

- Au sein de la structure d'accueil (affichage dans le centre de loisirs, recueil d'activités...)
- Pour illustrer les écrits de nos professionnels (ex : rapports de stages des étudiants)

Nos publications sur notre site internet et nos réseaux sociaux ne feront jamais apparaître le visage de votre enfant : celui-ci sera toujours caché par un emoji.

Dans le cadre de l'inscription de mon enfant :

- J'accepte que **mon enfant se déplace**, dans le cadre des activités, accompagné d'un animateur, à pied ou en transports collectifs.
- J'autorise l'APEEF à prendre **les mesures d'urgence**, en cas d'accident impliquant mon enfant, et m'engage à rembourser sur présentation des justificatifs, les frais engagés par l'association en cas de soins médicaux ou chirurgicaux.
- Je reconnais avoir pris connaissance et accepter le **règlement de fonctionnement** de l'APEEF et être en accord avec le projet éducatif laïque de l'association.
- Je m'engage à **régler les factures** qui me sont adressées par mail.
- Dès la première utilisation des services proposés par l'APEEF, je m'engage à **régler l'adhésion à l'association**, à hauteur de 30€, pour l'année scolaire 2024/2025. Cette adhésion est familiale, elle vous permet l'inscription aux différentes activités proposées par l'association, dans la limite des places disponibles.

Date :

Signatures des deux responsables légaux :

PIECES OBLIGATOIRES À FOURNIR

- Photo d'identité
- Fiche sanitaire de liaison dûment complétée
- Photocopies du carnet de vaccination ou attestation de vaccination du médecin
- Protocole d'accueil si l'enfant a un PAI (Projet d'Accueil Individualisé)
- Avis d'imposition 2023 sur les revenus 2022 sur lequel est déclaré l'enfant à charge et où sont détaillés vos revenus ou dernière facture de cantine scolaire municipale bordelaise
- Attestation d'assurance 2024-2025 au nom de l'enfant (responsabilité civile individuelle accident et extrascolaire)
- 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
- Pour la danse et/ou le yoga, un certificat médical autorisant la pratique de ce sport.

Dossier à compléter et à remettre à l'association, accompagné de toutes les pièces obligatoires.

Les dossiers incomplets ne seront pas traités.

Pour valider votre inscription, nous vous remercions de vous rapprocher de l'accueil administratif de la Maison des Enfants.

Tous nos ateliers commenceront la **semaine du 9 septembre 2024**.

JOURNÉE PORTES OUVERTES le MERCREDI 11 SEPTEMBRE

(cours d'essai gratuit pour les nouveaux inscrits)

L'inscription à une activité vous engage sur l'année entière.

Tous nos ateliers sont dispensés du 09/09/2024 au 04/07/2025, hors vacances scolaires.

Cocher le(s) atelier(s) souhaité(s).

ATELIER	JOUR	CHOIX D'ATELIER	HORAIRES	AGES
A la Maison des Enfants				
Ludothèque Fouille Livres ouverte à tous les inscrits du mercredi : de 13h30 à 18h30				
Guitare Avec Corentin	Mercredi	<input type="checkbox"/>	13h30-18h30 : 5 créneaux en fonction du niveau, à déterminer avec l'animateur à la rentrée	6-12 ans
Terre et Céramique Avec Sa Muoi	Mercredi	<input type="checkbox"/>	13h30 - 15h	6-8 ans
		<input type="checkbox"/>	15h30 - 17h	6-8 ans
		<input type="checkbox"/>	17h30 - 19h	8-12 ans
Théâtre Avec Thibault	Mercredi	<input type="checkbox"/>	17h30 - 19h	6-12 ans
1000 Bulles (Bande-dessinée) Avec Annie	Mercredi	<input type="checkbox"/>	13h30 - 14h30	8-12 ans
<input type="checkbox"/>	Danse Modern Jazz En partenariat avec l'association Studio B Jazz (tarif et règlement auprès de Studio B Jazz + adhésion 30€ à régler à l'APEEF) Détails et inscriptions auprès du Studio B Jazz De 4 à 14 ans / Du niveau éveil à niveau confirmé Mail : studiobjazz@gmail.com ; site : www.studiobjazz.com			

ATELIER	JOUR	CHOIX D'ATELIER	HORAIRES	AGES
A l'école Billie Holiday				
Guitare Avec Corentin	Mardi	<input type="checkbox"/>	18h - 18h45	6-9 ans
	Mardi	<input type="checkbox"/>	18h45 - 19h30	10-12 ans
Théâtre Avec Thibault	Lundi	<input type="checkbox"/>	17h - 18h30	6-8 ans
	Mardi	<input type="checkbox"/>	17h30 - 19h	9-12 ans
Yoga	Mercredi	<input type="checkbox"/>	13h30 - 15h	8-12 ans

A la Maison Soleil				
Arts Plastiques Avec Aurore	1 Samedi sur 2 <i>Début le samedi 14/09/2024</i>	<input type="checkbox"/>	11h - 12h30	6-12 ans

Le tarif annuel de cet atelier varie en fonction de votre Quotient Familial Municipal (QFM) calculé par rapport à votre revenu fiscal de référence ou présent sur votre dernière facture de cantine municipale bordelaise. (Sauf pour la danse.)

**Tranche 1 - QFM 0-500 : tarif 200€ / Tranche 2 - QFM 501-1500 : tarif 350€ /
Tranche 3 - QFM >1500 : tarif 450€**

En cas d'inscription à plusieurs ateliers, le tarif est dégressif pour les ateliers supplémentaires. (voir page 1 du dossier)

Pour l'atelier Arts plastiques, comme l'atelier a lieu un samedi sur deux, le tarif est divisé par 2. Cet atelier ne fait pas parti des ateliers supplémentaires permettant une réduction.

Pour l'atelier de Danse, toutes les modalités sont à voir avec le Studio B Jazz. Le paiement de l'atelier se fera directement auprès d'eux, sauf l'adhésion à l'association, qui sera sur la facture de septembre 2024. Cet atelier ne fait pas parti des ateliers supplémentaires, permettant une réduction.

Mail : studiobjazz@gmail.com ; site : www.studiobjazz.com

Ce forfait est réglable en une fois sur la facture de septembre ou en trois mensualités (**uniquement par prélèvement automatique**) sur les factures de septembre, octobre et novembre.

Je souhaite que le forfait me soit facturé :

- En 1 fois, réglable par tous les moyens de paiement
- En 3 fois, réglable par **prélèvement obligatoirement** (joindre un RIB et un mandat SEPA)

Date :

Signature :

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 suivra votre enfant dans toutes ses activités et sera présentée aux services de secours en cas d'accident durant les activités.

Nom : **Prénom :**

Date de naissance : fille garçon

• RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

N° mobile : N° travail :

Adresse 1 :

Adresse 2 :

CP : Ville :

• MEDECIN TRAITANT

Nom : Téléphone :

• RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant doit 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 sera administré sans ce document.***

Allergies médicamenteuses oui non

Si oui, précisez :

Allergies alimentaires oui non

Si oui, précisez :

Asthme oui non

Si oui, précisez la conduite à tenir et joindre le PAI correspondant :

.....

Si votre enfant est **porteur de handicap**, merci d'indiquer le numéro de dossier **MDPH** :

Porte des lunettes oui non

Commentaire si besoin :

Prothèses auditives oui non

Commentaire si besoin :

Prothèses dentaires oui non

Commentaire si besoin :

Régime alimentaire particulier sans porc sans viande végétarien

Commentaire si besoin :

Si l'enfant a des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...), préciser les dates d'événements et les précautions à prendre :

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

• **VACCINATIONS (obligatoire)**

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant et reporter les dates ci-dessous :

	Vaccins	Nom dans le carnet de santé	Date dernier rappel
OBLIGATOIRES POUR TOUS	Diphtérie	DTPolio (Infanrix, Hexyon, Tetravac, etc)	
	Tétanos		
	Poliomyélite		
OBLIGATOIRES POUR LES ENFANTS NES APRES LE 1^{er} JANVIER 2018	Coqueluche	Infanrix, Hexyon, Tetravac, etc	
	Haemophilus influenzae B (HIB)		
	Hépatite B		
	Pneumocoque	Prevenar	
	Méningocoque	Neisvac ou Menjugat	
	Rougeole	ROR (Priorix)	
	Oreillons		
	Rubéole		

Précisez les autres vaccins :

.....
.....

Je, soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature du représentant légal :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'APEEF à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'APEEF.

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.

Votre nom *

Nom / Prénom du débiteur

Votre adresse *

Numéro et nom de rue

Code postal Ville

Les coordonnées de votre compte *

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier

APEEF

Nom du créancier

I.C.S.

FR 39 zzz 87259D

Identifiant créancier SEPA

Adresse du créancier

64 RUE MAGENDIE

Numéro et nom de rue

33000

BORDEAUX

Code postal

Ville

Type de paiement *

Paiement récurrent / répétitif

Paiement ponctuel

Signé à *

Lieu

Date : JJ/MM/AAAA

Signature *

**Nous vous remercions de joindre au présent mandat, votre Relevé d'Identité Bancaire,
au même nom.**

**A remplir seulement si vous souhaitez le prélèvement automatique de vos factures.
Ceci est obligatoire pour les forfaits avec mensualités échelonnées.**

**La prise en compte du prélèvement automatique sera pour la première facture de
septembre 2024. Si vous souhaitez que cela commence dès maintenant, merci de nous
en informer à la dépose du dossier.**