

**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.**

### Cadre réservé à l'APEEF

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

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

fille  garçon      Date de naissance : ..... / ..... / .....      Age en septembre 2026 : .....

Adresse : .....

Complément : .....

Code postal : .....      Ville : .....

Situation familiale :  En couple  Garde alternée  Monoparentale  Autre .....

Ecole fréquentée à la rentrée 2026 : .....

Classe en 2026/2027 :  PS  MS  GS  CP  CE1  CE2  CM1  CM2

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

### **Accès à un Espace Famille APEEF en ligne et communication par mail (au moins un des deux obligatoire)**

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 : .....

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

Conformément à la charte APEEF de réglementation des médias numériques.

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.**

## AUTORISATION PARENTALE RELATIVE A L'ACCUEIL DE MON ENFANT :

- J'accepte que **mon enfant se déplace**, dans le cadre des activités, accompagné d'animateurs, 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.
- J'autorise **l'administration de traitements médicamenteux** en lien avec le protocole medical.

## Dans le cadre de l'inscription de mon enfant :

- S'il s'agit d'une réinscription, je confirme avoir vérifié et modifié (si nécessaire) les informations présentes sur mon Espace Famille APEEF.
- 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 seront adressées par mail. Dès la première utilisation des services proposés par l'APEEF, **l'adhésion à l'association** vous sera facturée, **à hauteur de 30€**, pour l'année scolaire 2026/2027. Cette adhésion est familiale, elle vous permet l'inscription aux différentes activités proposées par l'association, dans la limite des places disponibles. (Cf. règlement de fonctionnement)

Date : .....

Signatures du ou des responsables légaux :

## PIECES OBLIGATOIRES À FOURNIR

- Photo d'identité
- Fiche sanitaire de liaison dûment complétée
- Photocopies du carnet de vaccination
- Protocole d'accueil si l'enfant a un PAI (Projet d'Accueil Individualisé)
- Facture de cantine scolaire municipale bordelaise datée de 2026 **ou** avis d'imposition 2025 sur les revenus 2024 sur lequel est déclaré l'enfant à charge et où sont détaillés vos revenus (pas nécessaire si inscription uniquement danse)
- Attestation d'assurance 2026-2027 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

## 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 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 : .....

### • REGIME ALIMENTAIRE

classique  sans porc  sans viande  végétarien (sans viande ni poisson)

Commentaire si besoin : .....

### • 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 : .....

.....

Votre enfant est-il **porteur de handicap** ?  oui  non - Si oui, merci d'indiquer son **numéro MDPH** : .....

Percevez-vous **l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)** pour cet enfant ?  oui  non

Porte des lunettes  oui  non

Commentaire si besoin : .....

Porte des prothèses auditives  oui  non

Commentaire si besoin : .....

Porte des prothèses dentaires  oui  non

Commentaire si besoin : .....

Si l'enfant rencontre 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
<b>OBLIGATOIRES POUR TOUS</b>	Diphtérie	DTPolio (Infanrix, Hexyon, Tetravac, etc)	
	Tétanos		
	Poliomyélite		
<b>OBLIGATOIRES POUR LES ENFANTS APRES LE 1<sup>er</sup> JANVIER 2018</b>	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 ou des représentants légaux :**

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

**Début des ateliers la SEMAINE DU 7 AU 11 SEPTEMBRE 2026.**  
(1 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 07/09/2026 au 03/07/2027, hors vacances scolaires.

**Cocher le(s) atelier(s) souhaité(s).**

ATELIER	JOUR	HORAIRES	AGES	CHOIX D'ATELIER
<b>A la Maison des Enfants</b>				
<b>Ludothèque Fouille Livres ouverte à tous les inscrits du MERCREDI : de 13h15 à 18h30</b>				
<b>Guitare</b>	Mercredi	<b>Débutant :</b> 13h30-14h30 14h30-15h30 <b>Intermédiaire :</b> 15h30-16h30 16h30-17h30 <b>Avancé :</b> 17h30-18h30	6-12 ans	<input type="checkbox"/>
<b>Terre et Céramique</b>	Mercredi	13h30 - 15h	6-8 ans	<input type="checkbox"/>
		15h30 - 17h	6-8 ans ou 8-12 ans (à définir à la rentrée en fonction de la demande)	<input type="checkbox"/>
		17h30 - 19h	8-12 ans	<input type="checkbox"/>
<b>Théâtre</b>	Mercredi	15h - 16h30	6-12 ans	<input type="checkbox"/>
<b>Arts Plastiques</b>	Mercredi	13h30 - 15h	6-12 ans	<input type="checkbox"/>
<b>Guitare</b>	<b>Jeudi</b>	Débutant : 17h30 - 18h30	6-12 ans	<input type="checkbox"/>
<b>Danse Modern Jazz / Contemporain</b> En partenariat avec l'association <b>Studio B Jazz</b> De 4 à 14 ans / Du niveau éveil à niveau confirmé <b>Détails sur le site : <a href="http://www.studiobjazz.com">www.studiobjazz.com</a> / Inscriptions par mail : <a href="mailto:studiobjazz@gmail.com">studiobjazz@gmail.com</a></b>				<input type="checkbox"/>

ATELIER	JOUR	HORAIRES	AGES	CHOIX D'ATELIER
<b>A l'école Billie Holiday</b>				
<b>Guitare</b>	Lundi	16h30 - 17h30 17h30 - 18h30	6-12 ans	<input type="checkbox"/>
	Mardi	17h - 18h 18h - 19h	6-12 ans	<input type="checkbox"/>
<b>Théâtre</b>	Lundi	17h - 18h30	6-8 ans	<input type="checkbox"/>
	Mardi	17h30 - 19h	9-12 ans	<input type="checkbox"/>
<b>A la Maison Soleil</b>				
<b>Arts Plastiques</b>	1 Samedi sur 2 <i>Début le samedi 12/09/2026</i>	11h - 12h30	6-12 ans	<input type="checkbox"/>

La cotisation annuelle 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.

**Tranche 1 - QFM 0-500 : tarif 225€ / Tranche 2 - QFM 501-1500 : tarif 375€ /  
Tranche 3 - QFM >1500 : tarif 465€**

En cas d'inscription à plusieurs ateliers, le tarif est dégressif pour les ateliers supplémentaires.

> Tarif d'un atelier supplémentaire : Tranche 1 : 165€ / Tranche 2 : 315€ / Tranche 3 : 405€

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

Cette cotisation 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 la cotisation me soit facturée :**

En 1 fois, réglable par tous les moyens de paiement

En 3 fois, réglable par **prélèvement obligatoire** (joindre un RIB et un mandat SEPA)

**Date :** .....

**Signature :**

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. Si vous souhaitez que cela commence dès maintenant, merci de nous en informer à la dépose du dossier.**

Si réinscription, cocher la case correspondante :

- Je suis déjà en prélèvement  
 Je souhaite le prélèvement dès que possible, après la saisie de mon dossier  
 Je souhaite le prélèvement à partir de la facture de septembre