# FICHE D'ADHÉSION

2025-2026

Enfants/Jeunes
6-17 ans / CP-Terminale

Du 1 sept 2025 au 31 août 2026

| ENFANTS 6/10 ans ☐<br>CP - CM2 | Bourg ☐ Malartic ☐ | JEUNES 11/ 17 ans ☐<br>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 :( Mère – Père ….) | Responsable 2 à préciser : (Mère – Père ….) |
|---|---|
| ..... | ..... |
| Nom - Prénom : _____ | Nom - Prénom : _____ |
| Date de naissance : _____ | Date de naissance : _____ |
| 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 ☐ Chez le père ☐ Chez la mère ☐<br>En garde alternée ☐ | Les parents ☐ Le père ☐ La mère ☐<br>Autre (à préciser) ☐_____ |

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 ☐ MSA ☐ autre (maritime...) à préciser ☐ _____

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

***Quotient familial (QF)*** *:* _____

*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** | | **COLLÈGE** : |
|---|---|---|
| Lange ☐<br>St Géry/Martinon ☐<br>St Exupéry/Bourg ☐<br>École Clos du vivier ☐<br>Malartic ☐<br>Le Pin Franc/Barthez ☐ | mardi ☐<br>jeudi ☐<br>vendredi ☐ | Monjous ☐ Mauguin ☐<br>mardi ☐ jeudi ☐ vendredi ☐ |

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

_____

_____

_____

_____

_____

☐ ALSH Le Château (uniquement pour les vacances Scolaires)

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

_____

_____

_____

_____

_____

**Pour les répétitions au tROCKé :**

Nom du groupe : Jour et heure de répétition :

**Quotient familial (QF)** : _____

| GRADIGNAN | HORS COMMUNE |
|---|---|
| QFA ☐ QFB ☐ QFC ☐<br>QFD ☐ QFE ☐ QFF ☐ | QFA ☐ QFB ☐ QFC ☐<br>QFD ☐ QFE ☐ QFF ☐ |

| **DÉTAIL MONTANT DÛ** | |
|---|---|
| Adh : | |
| | **TOTAL :** |

**Moyens de paiement :**

_____

_____

_____

_____

EPAJG
**É**tablissement **P**ublic pour
l'**A**nimation des **J**eunes à **G**radignan

ville de **gradignan**

# FICHE DE LIAISON SANITAIRE
# 2025/2026
# ACCUEIL DE LOISIRS / ACC. SCOLAIRE

**du 1er sept 2025 au 31 août 2026**

***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**

**11-17 ans uniquement**

## RESPONSABLES LÉGAUX :

**Parent 1 (Mère - Père)**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tél portable: .....

Tél travail : ..... Poste n° : ..... Mail : .....

**Parent 2 (Mère - Père)**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Tél portable: .....

Tel travail : ..... Poste n° : ..... Mail : .....

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

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tél portable : .....

Travail : ..... Poste n° : ..... Mail : .....

Je soussigné(e) ----------

**autorise l'équipe d'animation** :

**1/** à prendre mon enfant en photo ou film, dans le cadre des animations proposées et à les exploiter (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'organisation pour se rendre sur les lieux d'activités : □ **Oui** □ **Non**

**3/ autorise les personnes citées ci-dessous** à venir chercher mon enfant qui à ce moment, décharge l'EPAJG et prends la responsabilité de sa prise en charge ***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 MÉDICAUX 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 | □ Oui □ Non | Précisez :..... |
| Alimentaires | □ Oui □ Non | Précisez :..... |
| Asthme | □ Oui □ Non | Précisez :..... |
| Autres | □ Oui □ Non | Précisez :..... |

**IMPORTANT** : L'enfant fait-t-il l'objet d'un **P**rotocole d'**A**ccueil **I**ndividualisé ? □ **Oui** □ **Non**

Si oui, vous devez impérativement remplir le PAI EPAJG et prendre contact auprès l'équipe de direction de la structure d'accueil concernée afin d'accompagner au mieux votre enfant. (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 bénéficie t-il d'un parcours de soins adaptés et spécifiques (psychomotricité, TDAH...) ?

□ **Oui** précisez : ..... □ **Non**

Si oui, un dossier MDPH est-il en cours ? □ **Oui** □ **Non**

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

Date de début de prise en charge : ..... Merci de fournir la notification de la MDPH

**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 (p*récéder de 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. 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 BOU 85702B**

| DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER | DÉSIGNATION DU CRÉANCIER |
|---|---|
| Nom, prénom :<br>Adresse :<br><br>Code postal :<br>Ville :<br>Pays : | Nom : EPAJG<br><br>Adresse : allée Gaston Rodrigues<br>CS 50105<br>Code postal : 33 173<br>Ville : GRADIGNAN Cedex<br>Pays : France |

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN) | IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE

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

Signé à :

Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature :

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.