Réinitialiser le formulaire

Ville de
BORDEAUX

Fiche de demande d'inscription

Activités hors temps scolaires 2025 – 2026
- Fiche à retourner auprès de l'association organisatrice -

◯ MATERNELLE ◯ ELEMENTAIRE

Photo d'identité

Cliquez pour insérer une photo

Cadre réservé à l'association

En dehors du temps de classe, je souhaite que mon enfant soit accueilli en :

- ☐ **Pause du Midi** *(Coin bulle en maternelle - Animations en élémentaire)*
- ☐ **Accueil Périscolaire associatif du matin** *(élémentaire uniquement)*
- ☐ **Accueil Périscolaire associatif du soir**
- ☐ **Centre d'Accueil et de Loisirs du mercredi**
- ☐ **Centre d'Accueil et de Loisirs des vacances scolaires**

Plus d'informations sur bordeaux.fr

ECRIRE EN MAJUSCULES S.V.P

Nom de l'enfant : **Prénom** :

Sexe : ◯F ◯M **Date de naissance :**

Adresse :

Code Postal : **Ville :**

Ecole : **Classe rentrée 2025 :**

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

Régime de Sécurité Sociale du ou de la responsable légal(e) qui couvre l'enfant : ◯Régime Général (& RSI) ◯MSA

Mode de garde de l'enfant :

◯Par ses deux parents ◯Mère seule ◯Autre (précisez) :

◯Alternée ◯Père seul

Responsable légal(e) 1 :

Nom : **Prénom :**

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

Tél. Portable : **Tél. domicile :**

Courriel : **Tél. travail :**

Situation professionnelle : ◯En activité ◯En formation ◯En recherche d'emploi ◯En études ◯Autre (précisez) :

Responsable légal(e) 2 :

Nom : **Prénom** :

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

Tél. Portable : **Tél. domicile :**

Courriel : **Tél. travail :**

Situation professionnelle : ◯En activité ◯En formation ◯En recherche d'emploi ◯En études ◯Autre (précisez) :

Facturation à adresser à :

◯Responsable légal(e) 1 ◯Responsable légal(e) 2

◯Autre (précisez) :

Autre personne à prévenir en cas d'accident :

Nom : **Prénom** :

Tél. Portable : **Tél. domicile :**

Tournez s.v.p. →

Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom Prénom :	**Tél. portable :**
Nom Prénom :	**Tél. portable :**
Nom Prénom :	**Tél. portable :**
Nom Prénom :	**Tél. portable :**

☐ **J'autorise mon enfant à partir seul à la fin des activités** (élémentaire uniquement)

Frères et sœurs scolarisés en école maternelle ou élémentaire :

Nom Prénom :	**Classe :**
Nom Prénom :	**Classe :**
Nom Prénom :	**Classe :**

PIÈCES OBLIGATOIRES À FOURNIR :

☐ **Photo d'identité**

☐ **Fiche sanitaire de liaison complétée**

☐ **Photocopie des pages de vaccination du carnet de santé ou attestation médicale**

☐ **Attestation d'assurance** (responsabilité civile individuelle accident et extrascolaire)*

☐ **Facture municipale de la pause du midi de mars 2025 ou ultérieure** (si votre enfant est inscrit à la pause du midi dans une école publique de la ville)

☐ **Votre dernier avis d'imposition** (si votre enfant n'est pas inscrit à la pause du midi dans une école publique de la ville)

☐ **Attestation(s) d'employeur(s) ou de pôle emploi ou d'un organisme de formation ou certificat de scolarité pour les étudiants et étudiantes**

☐ **Si vous êtes concerné(e) :** protocole d'accueil si votre enfant dispose d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)

☐ **Si vous êtes concerné(e) :** calendrier de garde alternée daté et signé conjointement pour l'année scolaire ou celui défini par le dernier jugement de divorce ou l'ordonnance provisoire de conciliation.

** Conformément à l'article 38 de la loi 84-610 du 16 juillet 1984, les associations informent leurs adhérents et adhérentes de l'intérêt qu'ils ont de souscrire un contrat assurant des garanties forfaitaires (indemnités journalières) au cas où ils seraient victimes de dommages corporels.*

Je soussigné(e) :

Responsable légal(e) de l'enfant :

☐ Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association pour les accueils de loisirs et m'engage à le respecter.

☐ Reconnais avoir été informé(e) que les activités des associations peuvent nécessiter des déplacements à pied ou en transport collectif.

☐ M'engage à rembourser sur présentation des justificatifs, les frais engagés par ces associations en cas de soins médicaux ou chirurgicaux sur mon enfant.

Fait le :	**Signature**

IMPORTANT

Merci de vous rapprocher de l'association organisatrice afin de finaliser votre inscription.
Veuillez prévoir le règlement de l'adhésion à l'association. Tout dossier incomplet ne pourra pas être traité.

○ La CAF et la Ville de Bordeaux, co-financeurs, sont liés par une convention de partenariat avec l'association organisatrice, en charge de l'organisation des accueils éducatifs et de loisirs

○ Les données à caractère personnel ici recueillies feront l'objet d'un traitement par la Ville de Bordeaux pour les finalités suivantes : gestion des activités de l'enfant hors temps scolaires (Pause du Midi, Accueil Péri Scolaire, Centre d'Accueil et de Loisirs). Ce traitement est fondé sur l'exécution d'une mission d'intérêt public dont la Ville de Bordeaux est investie. Les destinataires de ces données sont les personnes habilitées de la Direction de la Vie Associative, Enfance et Jeunesse et de la Direction Éducation de la Ville de Bordeaux ainsi que les personnes habilitées des associations partenaires en charge de l'organisation de ces activités. Ces données seront conservées le temps de l'adhésion de l'enfant à l'association après quoi elles seront archivées jusqu'à expiration de la durée d'utilité administrative puis supprimées ou archivées à titre définitif dans des conditions définies en conformité avec les dispositions du code du patrimoine. Conformément à la loi n° 78-17 « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez à tout moment pour les données à caractère personnel vous concernant et dans les conditions prévues par la loi, de droits d'accès, de rectification, à l'effacement, d'opposition, à la limitation, d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ainsi que du droit à communiquer des instructions sur leur sort en cas de décès. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au service enfance de la Ville de Bordeaux à l'adresse postale suivante : Service enfance, Cité municipale, 4 rue Claude Bonnier, 33 000 Bordeaux ou au Délégué à la Protection des Données (DPO) de la Ville de Bordeaux à l'adresse mail suivante : contact.cnil@bordeaux-metropole.fr ou par courrier postal : Délégué à la Protection des Données, Bordeaux Métropole, Direction des Affaires Juridiques, Esplanade Charles-de-Gaulle, 33045 Bordeaux Cedex. Pour en savoir plus, consultez vos droits sur le site de la CNIL : www.cnil.fr/fr/les-droits-pour-maitriser-vos-donnees-personnelles

Le Tauzin
Maison de Quartier - Centre Social

Souhaits d'inscriptions saison 2025-2026

Vous souhaitez inscrire votre enfant au Tauzin pour la saison 2025-2026. Afin de répondre au mieux à la demande d'accueil, merci de répondre au questionnaire suivant et de le joindre à votre dossier de renseignements de votre enfant.

NOM …….. Prénom……..

- <u>APS (Accueil périscolaire)</u>
  L'APS correspond au temps d'accueil des enfants avant (de 7h30 à 8h30) et après l'école (de 16h30 à 18h30). Vous pouvez choisir de prendre un forfait annuel 1h, 1h30 ou 2h, ou être facturé à la présence réelle.

  - Forfait annuel soir 1h ☐ OUI ☐ NON
  - Forfait annuel soir 1h30 ☐ OUI ☐ NON
  - Forfait annuel soir 2h ☐ OUI ☐ NON
  - Forfait annuel matin 1h (sauf Béchade) ☐ OUI ☐ NON
  - Facturation à la présence réelle (par ½ heure) ☐ OUI ☐ NON

  ➔ Les forfaits sont avantageux si votre enfant est présent 1h ou 2h tous les jours, vous bénéficiez donc d'une remise de 25% annuelle, cela équivaut à une facturation de 3 jours sur 4.
  ➔ Exemple sur la saison précédente : le forfait 2h était de 575€ pour le coefficient famille le plus élevé contre 767.20€ si vous aviez opté pour une facturation à la présence réelle.

- <u>CAL (Centre Accueil Loisirs) Mercredi</u>
  - Régulier
    - Tous les mercredis ☐ OUI ☐ NON
    - 1 mercredis sur 2 ☐ OUI ☐ NON
    - ½ journée matin ☐ OUI ☐ NON
    - ½ journée après-midi ☐ OUI ☐ NON
  - Familles séparées : ☐ Semaine paire ☐ Semaine impaire
  - Occasionnel : *Merci d'estimer votre demande*…….

⇨ Si votre enfant fait partie d'une fratrie, merci d'indiquer le nom de.s enfant.s fréquentant.s nos accueils
……
……

⇨ Afin d'organiser les passerelles vers les activités sportives ou culturelles, pourriez-vous nous indiquer si votre enfant souhaite se réinscrire ou s'inscrire à une activité proposée par le Tauzin ? *(Attention, cela n'équivaut pas à une inscription. Il faudra confirmer son inscription à partir du 1er aout).*

☐ OUI ☐ NON Si oui, laquelle ?……

⇨ Avez-vous une information particulière qui pourrait-être utile dans le traitement de votre demande d'inscription ? (Situation familiale, difficultés de santé, etc)
……
……

Nous rappelons aux familles que les dossiers non complets (hors assurance extra-scolaire, qui devra être mise à jour ultérieurement) ne seront traités qu'après réception de l'intégralité des pièces et en fonction des places disponibles. Les familles ne fournissant pas l'avis d'imposition ou la facture de cantine seront facturés au tarif maximum.

Le Tauzin
Maison de Quartier - Centre Social

50, rue du Tauzin 33000 Bordeaux
Tel : 05 56 99 55 10
Mail : contact@letauzin.com
Site : www.letauzin.com

Droit à l'image

La présente demande est destinée à recueillir le consentement et les autorisations nécessaires dans le cadre de l'enregistrement, la captation, l'exploitation et l'utilisation de l'image des enfants (photographie, vidéo voix) quel que soit le procédé envisagé. Elle est formulée dans le cadre des projets annuels enfance-jeunesse de l'association du Tauzin. Vu les dispositions des textes suivants :

- L'article 9 du code civil,
- la Déclaration universelle des droits de l'homme (article 12),
- la Convention européenne des droits de l'homme (article 8),
- la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (article 7).

Vu le règlement général *européen N°2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation des données (RGPD) et à la loi n°78-17 du 06 janvier 1978 modifiée le 29 juin 2018 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Vu les dispositions de la loi n°2024-120 du 19 février 2024 visant à garantir le respect du droit à l'image des enfants.*

Je, soussignée Madame……, je, soussigné Monsieur……. représentants légaux de l'enfant……..

☐ Autorise l'enregistrement, la reproduction, la fixation sur quelque support que ce soit et la diffusion, communication sur quelque support que ce soit de photos, vidéos, enregistrements sonores à vocation éducative et de communication interne ou externe de l'association (exposition et restitution avec les familles, supports de communication papier, site internet, réseaux sociaux). Cette autorisation peut être retirée à tout moment par courrier postal ou par courriel auprès de l'association du Tauzin (50 rue du Tauzin 33 000 Bordeaux ou contact@letauzin.com).[1]

☐ Interdis la diffusion, la reproduction et la communication d'images, d'enregistrements sonores ou de films enregistrés ou fixés sur quelque support que ce soit laissant apparaitre mon enfant dans le cadre de ses activités avec le Tauzin.

Pour votre parfaite information, le centre social du Tauzin publie sur internet et les réseaux sociaux tous types de supports portant sur les activités réalisées. A ce titre, les enfants seront pris de dos, auront le visage flouté ou sur lequel un emoji sera apposé.

La présente (autorisation ou interdiction) est valable pour la période scolaire de la saison 2025-2026.

Fait à……. le……/…../….. Signature des deux représentants :

[1] MENTIONS D'INFORMATION COLLECTE DES DONNEES
Les données traitées dans ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique dont l'association Le Tauzin est responsable de traitement. La base légale du traitement est notre intérêt légitime hors inscription à la newsletter pour lequel votre consentement est requis. La finalité est prendre contact avec vous pour répondre à vos sollicitations Les données sont conservées 3 ans à compter du dernier contact émanent du prospect. Conformément à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement général sur la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, d'interrogation, de limitation, de portabilité, d'effacement, de modification et de rectification des informations vous concernant. Vous disposez également d'un droit d'opposition pour motif légitime au traitement de vos données à caractère personnel. Enfin, vous disposez du droit de définir des directives générales et particulières définissant la manière dont vous entendez que soient exercés, après votre décès, ces droits. Vous pouvez exercer ces droits à l'adresse suivante : contact@letauzin.com ou par courrier postal à DPO : 50 rue du Tauzin 33 000 Bordeaux. En cas de doute sur votre identité, il pourrait vous être demandé une copie d'un titre d'identité signé. Enfin, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, autorité de contrôle en charge du respect des obligations en matière de protection des données à caractère personnel si vous estimez que nous n'avons pas traité vos données conformément à la règlementation en vigueur.

Ville de BORDEAUX

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 suit votre enfant dans toutes ses activités. Elle pourra être consultée par les personnes en responsabilité de l'enfant et sera présentée aux services de secours en cas d'accident pendant les activités.

ENFANT :

Nom : **Prénom** :

Sexe : ◯M ◯F **Date de naissance :**

Adresse :

Code Postal : **Ville :**

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) :

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dernier rappel	Vaccins facultatifs	Oui	Non	Dernier rappel
Diphtérie	◯	◯		Hépatite B	◯	◯	
Tétanos	◯	◯		Rubéole	◯	◯	
Poliomyélite	◯	◯		Coqueluche	◯	◯	
ou DT polio	◯	◯		B.C.G.	◯	◯	
ou Tétracoq	◯	◯		Autres (préciser)	◯	◯	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant doit-il suivre un traitement médical régulier ? ◯Oui ◯Non

Si oui, joindre le **Protocole d'Accueil Individualisé** (PAI) et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marqués au nom de l'enfant). **ATTENTION : aucun médicament ne pourra être pris sans ce document.**

Allergies :

Médicamenteuses : ◯Oui ◯Non Asthme : ◯Oui ◯Non

Alimentaires : ◯Oui ◯Non Autre : ◯Oui ◯Non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir, le cas échéant joindre le projet d'accueil individualisé correspondant :

Percevez vous l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) : ◯Oui ◯Non

Indiquer les **difficultés de santé** (handicap, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

RECOMMANDATIONS UTILES :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... :

RESPONSABLE LEGAL(E) :

Nom : **Prénom** :

Tél. Portable : **Tél. Domicile :** **Tél. Travail :**

Nom et téléphone du ou de la médecin traitant (facultatif) :

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

Date :

☐ Lu et approuvé

Signature

Imprimer Enregistrer