



Ville de  
**BORDEAUX**

# Fiche de demande d'inscription

Activités hors temps scolaires 2026 – 2027

- Fiche à retourner auprès de l'association organisatrice

Photo d'identité

Cadre réservé à  
l'association

**CLUB ADOS**

Plus d'informations sur [bordeaux.fr](http://bordeaux.fr)

ECRIRE EN MAJUSCULES S.V.P

|  |                      |
|--|----------------------|
| Nom de l'enfant :  | Prénom :             |
| Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Date de naissance :  |
| Adresse :  |                      |
| Code Postal :  | Ville :              |
| Ecole :  | Classe rentrée 2026: |

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. →

|  |                 |
|--|-----------------|
| <b>Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant :</b>   |                 |
| Nom Prénom :   | Tél. portable : |
| Nom Prénom :   | Tél. portable : |
| Nom Prénom :   | Tél. portable : |
| Nom Prénom :   | Tél. portable : |
| <input type="checkbox"/> J'autorise mon enfant à partir seul à la fin des activités (élémentaire uniquement)   |                 |
| <b>Frères et sœurs scolarisés en école maternelle ou élémentaire :</b>   |                 |
| Nom Prénom :   | Classe :        |
| Nom Prénom :   | Classe :        |
| Nom Prénom :   | Classe :        |
| <b>PIÈCES OBLIGATOIRES À FOURNIR :</b>   |                 |
| £ 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 2026 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) <u>ou</u> de pôle emploi <u>ou</u> d'un organisme de formation <u>ou</u> certificat de scolarité pour les étudiants et étudiantes  |                 |
| <input type="checkbox"/> 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 <u>ou</u> 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.   |                 |
| <b>Je soussigné(e) :</b>   |                 |
| <b>Responsable légal(e) de l'enfant :</b>  |                 |
| 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       |
| <b>IMPORTANT</b>   |                 |
| <b>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.</b>   |                 |
| <small>         ○ 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<br/>         ○ Les informations recueillies dans le cadre de cette fiche font l'objet d'un traitement de données à caractère personnel réalisé par la Ville de Bordeaux afin d'assurer la gestion des activités de l'enfant hors temps scolaires (Pause du Midi, Accueils Périscolaires associatifs, Centres d'Accueil et de Loisirs du mercredi et des vacances). Ce traitement est fondé sur la mission d'intérêt public confiée à la collectivité au titre de l'organisation et du suivi des activités éducatives et périscolaires, conformément aux dispositions légales applicables. Les données collectées sont limitées à ce qui est strictement nécessaire à l'inscription, à l'accueil et à la sécurité de votre enfant. Les données de santé éventuellement demandées (pages de vaccination, PAI, certificats médicaux) sont collectées uniquement afin de garantir la sécurité, l'adaptation de l'accueil et le respect des obligations réglementaires. Les pièces justificatives de situation familiale, professionnelle ou financière ne sont utilisées qu'aux fins d'instruction du dossier et d'application des règles de tarification. Les destinataires des données sont exclusivement les personnes dûment habilitées au sein du service Enfance de la Ville de Bordeaux et des associations partenaires en charge de l'organisation des activités. Aucun transfert de données en dehors de l'Union européenne n'est réalisé. Aucune décision automatisée n'est prise à partir des informations collectées. Les données sont conservées pendant toute la durée d'adhésion de l'enfant à l'association, puis archivées pendant la durée prévue par les règles de gestion documentaire de la collectivité. Elles sont ensuite supprimées ou archivées définitivement dans les conditions prévues par le code du patrimoine. Les données identifiées comme obligatoires sont nécessaires au traitement de la demande d'inscription. En l'absence de leur transmission, la demande ne pourra pas être instruite. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au RGPD, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation du traitement, ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Vous pouvez exercer vos droits en écrivant au Service Enfance, Cité municipale, 4 rue Claude Bonnier, 33000 Bordeaux, ou en contactant le Délégué à la Protection des Données (DPO) : <a href="mailto:contact.cnil@bordeaux-metropole.fr">contact.cnil@bordeaux-metropole.fr</a> ou par courrier à : Délégué à la Protection des Données – Bordeaux Métropole, Esplanade Charles de Gaulle, 33045 Bordeaux Cedex. Pour plus d'informations sur vos droits : <a href="http://www.cnil.fr">www.cnil.fr</a> </small> |                 |

# 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 |
|----------------------|-------|-------|----------------|---------------------|-------|-------|----------------|
| Diphthérie           | _____ | _____ | _____          | 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



## 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](mailto:contact@letauzin.com)).<sup>1</sup>
- 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 apparaître 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 2026-2027.

Fait à..... le...../...../.....

Signature des deux représentants :

<sup>1</sup> 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 émanant 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](mailto: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 réglementation en vigueur.