

Accueil de loisirs de l'APEB « Mille et une pattes »

Demande d'inscription VACANCES SCOLAIRES

Année scolaire 2023 – 2024

Renseignements concernant l'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : G F Date de naissance : _____

Adresse : _____

École : _____ Classe **2023/2024** : _____

Mode de garde de l'enfant : Par ses 2 parents Alternée Mère seule Père seul Autres

Responsable légal 1

Nom/Prénom : _____

Adresse (si différente de l'enfant) : _____

Téléphone du domicile : _____

Portable : _____

Courriel : _____

Profession : _____

Téléphone professionnel : _____

Nombre d'enfants à charge dans la famille au 1^{er} septembre 2023 :

Responsable légal 2 (obligatoire pour pouvoir exercer ses droits parentaux)

Nom/Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone du domicile : _____

Portable : _____

Courriel : _____

Profession : _____

Téléphone professionnel : _____

Personne à prévenir en cas d'accident (si autre que les responsables légaux ci-dessus) :

Nom : _____ Tél portable : _____

Prénom : _____ Tél domicile : _____

Facturation à adresser à :

Responsable légal 1 Responsable légal 2 Autres : _____

Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom/Prénom : _____ Tél. : _____

Nom/Prénom : _____ Tél. : _____

Nom/Prénom : _____ Tél. : _____

Êtes vous allocataire CAF ?

OUI

NON

Si oui, **numéro d'allocataire CAF** : _____

Régime de Sécurité Sociale du responsable légal qui couvre l'enfant : (cocher la case qui correspond à votre situation)

Régime Général (& RSI)

MSA

Conformément à la loi « informatique et libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978, nous vous rappelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations en nous adressant un courrier sur papier libre adressé au Directeur de l'APEB. Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier (avis d'imposition 2016 sur les revenus 2015).

PIECES OBLIGATOIRES À JOINDRE A LA FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

Attestation d'assurance (Responsabilité Civile Individuelle Accident)

Conformément à l'article 38 de la loi 84 -610 du 16 Juillet 1984, nous informons nos adhérents 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.

Photocopies des pages de vaccination du carnet de santé (vaccins à jour), ou attestation du médecin.

Fiche sanitaire complétée et signée, et règlement intérieur daté et signé.

L'avis d'imposition de l'année 2022 sur les revenus 2021 afin d'y recueillir votre Quotient Familial qui déterminera le tarif vous correspondant pour ces activités d'accueil.

Si votre enfant a un projet d'accueil Individualisé (PAI), merci de fournir le protocole d'accueil.

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.

Veillez prévoir le règlement de l'adhésion annuelle 2023-2024 à l'association d'un montant de 30 € par enfant.

La CAF et la Mairie de Bordeaux, Co-financeurs, sont liées par une convention de partenariat avec l'A.P.E.B., en charge de la prestation d'accueil et de loisirs.

Conformément à la loi 78-17 du 06.01.78, les adhérents sont informés de ce que les informations sont destinées à alimenter un fichier informatisé. Ils disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant. L'association, dans le but de favoriser le développement et l'amélioration de ses prestations, peut être amenée à communiquer à des tiers les coordonnées des adhérents. Ces derniers peuvent s'opposer à cette cession sur papier libre adressé au Président de l'association.

Je, soussigné(e) _____ Je, soussigné(e) _____

Responsable de l'enfant : _____

- Autorise l'APEB la capture et la diffusion de photos ou de vidéos à vocation éducative et de communication interne ou externe de l'association (publication de presse, blog, site internet) sur lesquelles figure mon enfant (cette autorisation pourra être retirée en adressant une demande par courrier à l'association partenaire en charge des accueils).
- Reconnais avoir été informé(e) que les activités de l'association peuvent nécessiter des déplacements à pieds ou en transports collectifs.
- M'engage à rembourser sur présentation des justificatifs, les frais engagés par l'association en cas de soins médicaux ou chirurgicaux sur mon enfant.

Fait le : _____

Signature responsable légal 1

Fait le : _____

Signature responsable légal 2