



- Multi accueil** : (nom de la structure à compléter) .....
- Périscolaire** : (lieu/commune à compléter) .....
- Accueil de Loisirs** : (lieu/commune à compléter) .....
- Point Accueil Jeunes** : (lieu/commune à compléter) .....

### LA FAMILLE

Enfant/Jeune (s) inscrit(s) :

Nombre d'enfants à charge :

Enfant / Jeune (1)	Enfant / Jeune (2)	Enfant / Jeune (3)	Enfant / Jeune (4)
NOM : .....	NOM : .....	NOM : .....	NOM : .....
Prénom : .....	Prénom : .....	Prénom : .....	Prénom : .....
Date de Naissance : ..... / ..... / .....	Date de Naissance : ..... / ..... / .....	Date de Naissance : ..... / ..... / .....	Date de Naissance : ..... / ..... / .....
Age : ..... <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	Age : ..... <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	Age : ..... <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	Age : ..... <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon
Régime alim. particulier : .....	Régime alim. particulier : .....	Régime alim. particulier : .....	Régime alim. particulier : .....

### Situation familiale / Employeur / Profession (pour chaque parent ou responsable légal)

Parent 1		Parent 2	
NOM : .....	Date de Naissance : ..... / ..... / .....	NOM : .....	Date de Naissance : ..... / ..... / .....
Prénom : .....		Prénom : .....	
Adresse : .....		Adresse : .....	
Code Postal : .....	Commune : .....	Code Postal : .....	Commune : .....
Tél. Domicile : .....	Tél. Portable : .....	Tél. Domicile : .....	Tél. Portable : .....
En activité prof.: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Employeur : .....	En activité prof.: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Employeur : .....
Tél. Travail : .....	Facturation <input type="checkbox"/> Autorité Parentale <input type="checkbox"/>	Tél. Travail : .....	Facturation <input type="checkbox"/> Autorité Parentale <input type="checkbox"/>

NOM : ..... Prénom : ..... Date de Naissance : ..... / ..... / ..... **Autre responsable légal**

Adresse : ..... Code Postal : ..... Commune : .....

Tél. Domicile : ..... En activité prof.:  Oui  Non Employeur : ..... Tél. Travail : .....

Tél. Portable : ..... Lien avec l'enfant : ..... Facturation  Autorité Parentale

### AUTOUR DE L'ENFANT / JEUNE ...

Quelles sont les personnes **MAJEURES** autorisées à venir récupérer l'enfant ou à prévenir en cas de besoin ?

NOM	Prénom	Titre	Tél	Récupère l'enfant	A prévenir
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS / TARIFICATION

Afin de calculer le tarif à appliquer à votre famille, le service Petite Enfance, Enfance-Jeunesse a besoin d'avoir accès au montant de vos ressources. Pour cela, 2 possibilités :

. **Les portails partenaires CAF/MSA** où nous pouvons retrouver votre Quotient Familial ou vos ressources via votre N° d'allocataire.

**Autorisez-vous la Communauté de Communes à utiliser ce service ?**  Oui → N° d'allocataire : .....  Non

**ou** . **Votre dernier avis d'imposition.** Copie à joindre à cette fiche d'inscription

En cas de non autorisation d'accès au portail, de non communication de votre N° d'allocataire, de non fourniture de votre dernier avis d'imposition, le tarif appliqué sera le plus élevé.

### CETTE INSCRIPTION VAUT ADHÉSION AU RÈGLEMENT INTÉRIEUR

**Je soussigné, Père, Mère, Tuteur ou autre Responsable Légal, inscrire le ou les enfants/jeunes ci-dessus nommé(s) aux structures Petite Enfance/Enfance/Jeunesse de la Communauté de Communes de la Côte d'Albâtre, et le ou les autoriser à participer à toutes :**  **les activités** et  **les sorties organisées par les structures** et autoriser le Responsable à prendre les mesures nécessaires en cas de maladie ou d'accident

Les informations ci-dessus recueillies sont destinées au service Petite Enfance Enfance Jeunesse de la Communauté de Communes de la Côte d'Albâtre pour l'inscription de votre (vos) enfant(s). Conformément au cadre juridique, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression aux informations qui vous concernent en contactant la/(les) structure(s) Petite Enfance, Enfance, Jeunesse concernée(s).

Dans le cadre des partenariats avec la MSA et la CAF, acceptez-vous que les informations ci-dessus leur soient transmises pour l'élaboration de statistiques ?  Oui  Non

**Parent 1**

Date : ..... / ..... / .....

Signature :

**Parent 2**

Date : ..... / ..... / .....

Signature :

**Autre responsable légal**

Date : ..... / ..... / .....

Signature :



## AUTORISATION D'UTILISATION DES DOCUMENTS PHOTOGRAPHIQUES ET AUDIOVISUELS

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ (représentants légaux, à savoir père et mère ou tuteur), né(e) le  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
demeurant \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_,

Adresse de courrier électronique : \_\_\_\_\_ ;

Je soussigné(e) autorise la Communauté de Communes de la Côte d'Albâtre :

- A réaliser des prises de vue photographiques et/ou des enregistrements audiovisuels sur lesquels *mon enfant mineur (nom, prénom)*, \_\_\_\_\_, né(e) le \_\_\_\_\_ (*razer la mention inutile et compléter le cas échéant*) pourrait apparaître ;
- à utiliser *mon image / l'image de mon enfant mineur (nom, prénom)* \_\_\_\_\_, né(e) le \_\_\_\_\_ (*razer la mention inutile et compléter le cas échéant*) ;
- à procéder à la reproduction et la communication de celle-ci à travers des documents photographiques et/ou audiovisuels, et ce notamment dans le cadre d'activités pédagogiques\* ;
- à procéder à la reproduction et à l'exposition de tout support réalisé dans toute brochure ou document de référence et sur tout autre support connu et inconnu dans le cadre général de la communication et de promotion des activités de la Communauté de Communes de la Côte d'Albâtre.

La Communauté de Communes de la Côte d'Albâtre s'interdit expressément de procéder à une exploitation des documents photographiques et audiovisuels susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et d'utiliser les documents objets de la présente, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

Je renonce expressément à me prévaloir de toute action à l'encontre de la Communauté de Communes de la Côte d'Albâtre, qui trouverait son origine dans l'exploitation des documents photographiques et audiovisuels objets de la présente autorisation, totale ou partielle.

\* Liste non exhaustive.

ACCEPTÉ ET AUTORISÉ sans contrepartie financière le stockage, la reproduction et la diffusion de ces photographies et enregistrements audiovisuels pour les finalités ci-dessus exposées.

Par ailleurs, je garantis que je ne suis pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom.

En conséquence de quoi, je reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution des présentes, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux compétents statuant en droit français.

Cette autorisation vaut pour toute la durée de diffusion des documents photographiques et/ou audiovisuels.

Fait à \_\_\_\_\_,

Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, en deux exemplaires

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

\_\_\_\_\_



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....