



- 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 ?

				Récupère l'enfant	A prévenir
NOM :	Prénom :	Titre :	Tél :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOM :	Prénom :	Titre :	Tél :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOM :	Prénom :	Titre :	Tél :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOM :	Prénom :	Titre :	Tél :	<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) y obligeant mes ayants droits, 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 _____ (*rayez 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 _____ (*rayez 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

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

- LE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE - **SERVICES A LA POPULATION**

La Communauté de Communes de la Côte d'Albâtre vous propose le **prélèvement automatique** pour les factures des services à la population suivants :

- multi-accueil
- accueil de loisirs
- périscolaire
- Centre Communautaire « Apostrophe »
- Conservatoire Musique et Danse

Si vous signez ce contrat, toutes les prestations listées ci-dessus feront l'objet d'un prélèvement.

Si vous êtes intéressé(e), comment faire ?

1. Lire, accepter et signer le contrat de prélèvement automatique relatif au paiement des factures mensuelles des services à la population (ci-joint)
2. Remplir, signer le mandat de prélèvement SEPA et joindre un relevé d'identité bancaire (au format IBAN/BIC)
3. Retourner le tout au régisseur des services à la population par mail ou par courrier à la Communauté de Communes de la Côte d'Albâtre - 48 bis route de Veulettes - CS 40048 - 76450 CANY BARVILLE.

☞ Une fois ces éléments retournés, vous en recevrez une copie avant le 1^{er} prélèvement de votre facture.

Pour tous renseignements :

Maureen CABARET - 02 35 57 92 94 - regie.dsap@cote-albatre.com

CONTRAT DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE RELATIF AU PAIEMENT DES FACTURES DES SERVICES A LA POPULATION

Entre :

- ♦ NOM ET PRENOM DU REFERENT DE FACTURATION ET TITULAIRE DU COMPTE :
- ♦ NOM ET PRENOM DU OU DES ENFANT(S) :
- ♦ ADRESSE :
- ♦ CODE POSTAL : ♦ VILLE :

Usager du (des) service(s) à la population de la Communauté de Communes de la Côte d'Albâtre

Et :

La **COMMUNAUTE de COMMUNES de la COTE d'ALBATRE**, Etablissement Public de Coopération Intercommunale, dont le siège est à CANY-BARVILLE (76450) 48 bis route de Veulettes, identifiée sous le numéro SIREN 200 069 839,

Représentée par Monsieur Jérôme LHEUREUX, en qualité de Président de ladite Communauté de Communes de la Côte d'Albâtre, fonction à laquelle il a été nommé aux termes de la délibération n° 200716-02 du Conseil Communautaire en sa séance du 16 juillet 2020.

Agissant aux présentes en vertu de la délibération n°181205-43 du Conseil Communautaire en sa séance du 5 décembre 2018, dont une copie est annexée aux présentes (Annexe n°17).

Il est convenu ce qui suit :

ARTICLE 1 - Dispositions générales

Les familles dont les enfants fréquentent les structures de la Direction des Services à la Population peuvent régler leur facture avant la date d'échéance au régisseur ou son suppléant selon les modes de paiement définis dans l' (les) acte(s) de la (des) régie(s) de recettes créée(s) au sein de la Direction des Services à la Population.

Si une famille opte pour le choix du prélèvement automatique de sa facture, toutes les prestations relevant de la Direction des Services à la Population feront l'objet d'un prélèvement automatique.

ARTICLE 2 - Facturation et avis de prélèvement

Chaque prélèvement est effectué aux alentours du 15 du mois suivant le mois de facturation (exemple : facturation des prestations de mars, prélèvement aux alentours du 15 avril). Le régisseur de recettes émet une facture. La famille, ayant opté pour le prélèvement automatique recevra, avant la date de prélèvement, ladite facture indiquant le montant et la date du prélèvement.

ARTICLE 3 - Changement de compte bancaire

Le responsable de la famille qui change de compte bancaire, d'agence, de banque ou de centre de chèques postaux, doit se procurer un nouvel imprimé de mandat de prélèvement SEPA auprès du régisseur de recettes, le remplir et le renvoyer accompagné du nouveau relevé d'identité bancaire.

Cet imprimé est téléchargeable sur le site www.cote-albatre.fr, disponible sur les structures de la Direction des Services à la Population ou auprès du régisseur.

Si l'envoi a lieu avant le 15 du mois, le prélèvement aura lieu sur le nouveau compte dès le mois suivant. Dans le cas contraire, la modification interviendra un mois plus tard.

ARTICLE 4 – Durée

Le présent contrat est souscrit pour une durée illimitée sauf s'il est dénoncé par la famille, par écrit au plus tard un mois avant la date souhaitée de résiliation.

Le contrat prend automatiquement fin à l'issue de deux rejets consécutifs de prélèvement.

ARTICLE 5 - Changement d'adresse

Le responsable de la famille qui change d'adresse doit avertir sans délai le régisseur de recettes par écrit, voie postale ou électronique à l'adresse regie.dsap@cote-albatre.com.

ARTICLE 6 - Echéances impayées

Si un prélèvement ne peut pas être effectué sur le compte du responsable de la famille, il ne sera pas automatiquement représenté le mois suivant. L'échéance impayée sera à régulariser auprès de la Trésorerie de Cany-Barville-Place Robert Gabel – 76450 CANY BARVILLE, dès réception de l'avis des sommes à payer.

ARTICLE 7 - Résiliation du prélèvement

Le responsable de la famille qui souhaite mettre fin au règlement de ses factures par prélèvement automatique, doit en informer sa banque et le régisseur de la régie de recettes, par écrit, voie postale ou électronique à l'adresse regie.dsap@cote-albatre.com, avant le 30 du mois précédent le prélèvement.

Il sera mis fin automatiquement au prélèvement automatique après 2 rejets consécutifs. Il appartiendra à la famille de renouveler le mandat de prélèvement SEPA, le cas échéant. Cette demande fera l'objet d'un accord préalable du régisseur.

En cas de situation difficile et à titre exceptionnel, la famille peut saisir par écrit le régisseur de recettes pour demander la suspension du prélèvement automatique en joignant tous documents justifiant de la situation et ce, avant le 30 du mois précédent le prélèvement.

ARTICLE 8 - Renseignements, réclamations, difficultés de paiement, recours

Tout changement de données nécessaire à la création de la facture est à adresser au régisseur de la régie de recettes des services à la population.

Toute contestation amiable est à adresser au régisseur de la régie de recettes des services à la population par écrit.

En vertu de l'article L.1617.5 du code général des collectivités territoriales, la famille peut, dans le délai de deux mois suivant réception de la facture, contester la somme en saisissant directement :

- le Tribunal d'Instance, si le montant de la créance est inférieur ou égal au seuil fixé par l'article R32.1 du code de l'organisation judiciaire
- le Tribunal de Grande Instance au-delà de ce seuil

La Communauté de Communes de la Côte d'Albâtre
Le Président,



Jérôme LHEUREUX

Bon pour accord de prélèvement automatique
Le responsable,
(date et signature)

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : **Prélèvement automatique des factures des services à la population**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la REGIE DE RECETTES DES SERVICES A LA POPULATION à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la REGIE DE RECETTES DES SERVICES A LA POPULATION.

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

FR 46 SAP 515998

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : **REGIE DE RECETTES DES SERVICES A LA POPULATION**

COMMUNAUTE DE COMMUNES DE LA COTE D'ALBATRE

Adresse : 48 BIS ROUTE DE VEULETTES – CS 40048

Code postal : 76450

Ville : CANY-BARVILLE

Pays : France

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Signé à :

Signature :

Le :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

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 la REGIE DE RECETTES DES SERVICES A LA POPULATION. 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 la REGIE DE RECETTES DES SERVICES A LA POPULATION.

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.

RECEPTION PAR MEL DES FACTURES

des prestations multi-accueils, accueils de loisirs, périscolaire et
Centre Social Apostrophe de la Communauté de Communes de la Côte d'Albâtre



INFORMATIONS : 02 35 57 92 94 ou regie.dsap@cote-albatre.com

COUPON RÉPONSE RÉCEPTION FACTURE PAR MEL (A RETOURNER AUPRÈS DE VOTRE STRUCTURE OU AU RÉGISSEUR PAR MÉL)

Je soussigné(e), Responsable du règlement des activités de(s) l'enfant(s) /adulte(s)

accepte de recevoir par courrier électronique les factures des prestations Services à la Population de la Communauté de Communes de la Côte d'Albâtre

Adresse e-mail :

@

Date & Signature :

Vous détenez un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (art.34 de la Loi «Informatique & libertés»). Pour l'exercer, adressez-vous auprès du Régisseur