

- ☐ **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 : ☐ Fille ☐ Garçon	Age : ☐ Fille ☐ Garçon	Age : ☐ Fille ☐ Garçon	Age : ☐ Fille ☐ 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 :	NOM :
Prénom : Date de Naissance : / /	Prénom : Date de Naissance : / /
Adresse :	Adresse :
Code Postal : Commune :	Code Postal : Commune :
Tél. Domicile : Tél. Portable :	Tél. Domicile : Tél. Portable :
En activité prof.: ☐ Oui ☐ Non Employeur :	En activité prof.: ☐ Oui ☐ Non Employeur :
Tél. Travail : Facturation ☐ Autorité Parentale ☐	Tél. Travail : Facturation ☐ Autorité Parentale ☐

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 ?

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 :	☐	☐
NOM :	Prénom :	Titre :	Tél :	☐	☐
NOM :	Prénom :	Titre :	Tél :	☐	☐
NOM :	Prénom :	Titre :	Tél :	☐	☐

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 avis d'imposition N-2.** Copie à joindre à cette fiche d'inscription **Autorisation de figurer dans le fichier FILOUE** ☐ Oui ☐ Non

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'enregistrement de l'image/de la voix (personne mineure)

La présente demande est destinée à recueillir le consentement et les autorisations nécessaires dans le cadre des activités Périscolaire, Accueils de Loisirs, Point Accueil Jeunes, Point Information Jeunesse, pour l'enregistrement d'image et /ou de la voix des enfants et jeunes, étant entendu que les objectifs de ce projet ont été préalablement expliqués au mineur et à ses responsables légaux.

1- DESIGNATION DU PROJET AUDIOVISUEL

Enregistrement d'image et/ou de la voix des enfants et jeunes dans le cadre des activités Périscolaire, Accueils de Loisirs, Point Accueil Jeunes, Point Information Jeunesse, et ce à des fins pédagogiques ou de communication.

Ces enregistrements seront réalisés, par le personnel des structures Périscolaire, Accueils de Loisirs, Point Accueil Jeunes, Point Information Jeunesse

- durant les activités / ateliers réalisés sur les accueils Périscolaire, Accueils de Loisirs, Point Accueil Jeunes, Point Information Jeunesse

2- MODES D'EXPLOITATION ENVISAGES

Les enregistrements de l'image ou de la voix seront diffusés sur les supports suivants (**en cas d'accord, merci de cocher les cases**) :

- En ligne, pour une publication internationale :

☐ Sur le site de la Communauté de Communes de la côte d'Albâtre : www.cote-albatre.com

☐ Sur la page Facebook de la Communauté de Communes de la côte d'Albâtre : <https://www.facebook.com/cotealbatre/> Et du Point Information Jeunesse : <https://www.facebook.com/pijcccapromeneurdunet/>

☐ Sur le blog du Service ENFANCE JEUNESSE

Le projet étant en construction, l'adresse sera communiquée ultérieurement

☐ En version papier, pour une publication locale:

- d'affiches/plaquettes/flyers

- de journaux internes à la structure

Concernant les flyers, le nombre de tirages peut varier entre 2 400 et 2 600 exemplaires, ceux -ci sont distribués par le biais des écoles avant chaque période de petites vacances scolaires.

Les journaux internes sont distribués sur les sites (1 par enfant) et le nombre de tirages peut varier de 10 à 50 avec une périodicité de 2 à 6 par année

☐ En version vidéo (DVD), retranscription d'un séjour ...

La distribution se fera à concurrence d'un support par enfant/jeune ayant participé au séjour

☐ Sur le support annuel de la Direction des Services à la Population (distribué auprès des foyers du territoire de la collectivité) et dans les structures de la Direction des Services à la population (crèches, Centre social Apostrophe, Espaces Publics, services transports), 17 500 exemplaires distribués dans les boîtes aux lettres des administrés

☐ Auprès de la presse locale : Courrier Cachois (nombre de tirages moyen 2020 : 32 114 tirages/numéro), Informations Dieppoises (nombre de tirages moyen 2020 : 16 777 tirages/numéro), Paris-Normandie (nombre de tirages moyen 2020 : 44 690 tirages/numéro)

3- CONSENTEMENT DU MINEUR

☐ On m'a expliqué et j'ai compris où et quand cet(ces) enregistrement(s) et photos, vidéos pouvait(ent) être réalisé(s),

☐ On m'a expliqué et j'ai compris à quoi servait cet enregistrement, photos, vidéos

☐ On m'a expliqué et j'ai compris qui pourrait voir cet enregistrement, photos, vidéos

Et je suis d'accord pour que l'on enregistre, pour les activités du Périscolaire, de l'Accueil de Loisirs, des Points Accueils Jeunes et du Point Information Jeunesse

☐ mon image ☐ ma voix.

☐ Madame ☐ Monsieur Nom du mineur : Prénom : Age : Niveau scolaire :	Date et signature du mineur concerné par l'enregistrement :
--	---

4- AUTORISATION PARENTALE

Vu le Code civil, en particulier son article 9, sur le respect de la vie privée,

Vu le Code de la propriété intellectuelle,

Vu le consentement préalablement exprimé par la personne mineure ci-avant,

La présente autorisation est soumise à votre signature, pour la fixation sur support audiovisuel et la publication de l'image et/ou de la voix de votre enfant mineur dont l'identité est donnée, ci-avant, dans le cadre des activités du Périscolaire, de l'Accueil de Loisirs, des Points Accueils Jeunes et du Point Information Jeunesse de la Côte d'Albâtre, désignées au paragraphe 1 et pour les modes d'exploitation désignés au paragraphe 2.

Cet enregistrement de l'image/la voix du mineur que vous représentez sera réalisé par la Communauté de Communes de la Côte d'Albâtre, 48 bis route de Veulettes 76450 CANY-BARVILLE via les activités du de la du Périscolaire, de l'Accueil de Loisirs, des Points Accueils Jeunes et du Point Information Jeunesse Côte d'Albâtre.

La Communauté de Communes de la Côte d'Albâtre exercera l'intégralité des droits d'exploitation attachés à cette œuvre/cet enregistrement. L'œuvre/l'enregistrement demeurera sa propriété exclusive excepté lors de prises de vue de la Presse : Paris Normandie, Courrier Cauchois et Informations Dieppoises.

Elle s'interdit également de procéder à une exploitation illicite, ou non prévue ci-avant, de l'enregistrement de l'image et/ou de la voix du mineur susceptible de porter atteinte à sa dignité, sa réputation ou à sa vie privée et toute autre exploitation préjudiciable selon les lois et règlements en vigueur.

Dans le contexte défini, l'enregistrement ne pourra donner lieu à aucune rémunération ou contrepartie sous quelque forme que ce soit. Cette acceptation expresse est définitive et exclut toute demande de rémunération ultérieure.

Je soussigné(e) (prénom, nom parent ou et/ou représentant légal 1)

.....

Je soussigné(e) (prénom, nom parent représentant légal 2)

.....

déclare(nt) être le(s) représentant(s) légal (aux) du mineur désigné au paragraphe 3.

Je reconnais être entièrement investi de mes droits civils à son égard. Je reconnais expressément que le mineur que je représente n'est lié par aucun contrat exclusif pour l'utilisation de son image et/ou de sa voix, voire de son nom.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus concernant le mineur que je représente et donne mon accord pour la fixation et l'utilisation de son image et/ou de sa voix, dans le cadre exclusif du projet exposé et tel qu'il y a consenti au paragraphe 3 : ☐ OUI ☐ NON

Fait en autant d'originaux que de signataires.

Fait à :	Signature du (ou des) représentant(s) légal (aux) du mineur :
-----------------------	--

Le (date) :	
--------------------------	--

Les informations recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé par le Président de la Communauté de communes de la Côte d'Albâtre sise à Cany-Barville (76450), 48 bis route de Veulettes pour les activités pédagogiques et la production de supports de communication interne et/ou externe.

Le responsable du traitement a désigné l'ADICO sise à Beauvais (60000), 5 rue Jean Monnet en qualité de déléguée à la protection des données.

Ce traitement est basé sur le consentement des personnes concernées.

Les données ne sont destinées qu'à la Communauté de communes de la Côte d'Albâtre et ne sont transmises à aucun tiers. Elles sont conservées pour une durée de 1 an.

Conformément aux articles 15 à 22 du règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité des données vous concernant.

Pour exercer ces droits, nous vous invitons à contacter notre délégué à la protection des données, M. Valentin SENECHAL, par mail à dpo@cote-albatre.com ou par courrier à l'adresse PAE du Tilloy - 5 rue Jean Monnet, BP 20683 - 60006 Beauvais Cedex.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.



FICHE SANITAIRE
DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON ☐ FILLE ☐

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS		VACCINS RECOMMANDÉS DATES
	oui	non	
Diphtérie			Hépatite A
Tétanos			Rougeole
Poliomyélite			Couqueuche
Coqueluche			BCG
Ou Tétracoe			Autres (préciser)

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE
VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur
emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le
signaler)

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) _____
Numéros de téléphone : portable : _____ travail : _____
Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____
Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une
hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

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)

Référence unique du mandat :

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.

FR 46 SAP 515998

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

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

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 MAIL DES FACTURES

des Services à la population 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 MAIL (A RETOURNER AUPRÈS DE VOTRE STRUCTURE OU AU RÉGISSEUR PAR MÊL)

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