

Nom de l'enfant : ..... Prénom : ..... Sexe : F M\*

Adresse de l'enfant : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... à ..... Ecole : ..... Classe : .....

**PARENTS**

Responsables	Responsable 1 (payeur de la restauration scolaire, accueil périscolaire et de loisirs)	Responsable 2
Lien de parenté avec l'enfant	Père/Mère*	Père/Mère*
Nom d'usage		
Nom de jeune fille		
Prénom		
Adresse		
N° de téléphone domicile		
N° de téléphone portable		
N° de téléphone professionnel		
Adresse e-mail <b><u>OBLIGATOIRE</u></b>		
Profession		
Lieu de travail (ville)		
Situation familiale	Marié(e) – vie maritale – pacsé(e) – séparé(e) – divorcé(e) – veuf(ve) – célibataire - remariage*	Marié(e) – vie maritale – pacsé(e) – séparé(e) – divorcé(e) – veuf(ve) – célibataire - remariage*
Famille d'accueil ou foyer, indiquer : nom, prénom, adresse, téléphone <b><u>et email</u></b>		

**ALLOCATAIRE CAF OU MSA : FOURNIR UNE ATTESTATION DE QUOTIENT FAMILIAL CAF ou MSA (sera détruite après consultation). A défaut, le tarif le plus élevé sera appliqué**

**Merci de nous informer à chaque changement de quotient familial durant l'année scolaire**

Allocataire CAF Charente-Maritime ou Charente : j'autorise le service Education – Enfance- Famille à consulter ponctuellement mon quotient familial sur le site de la CAF « mon compte partenaire ».

Nom et adresse de la compagnie d'Assurance Responsabilité Civile et Scolaire : **Fournir photocopie des attestations**

.....

\*Rayer la mention inutile

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher les enfants munie(s) d'une pièce d'identité et à prévenir en cas d'urgence (en l'absence des parents) :

NOM et Prénom	Lien de parenté avec l'enfant	Numéro de téléphone

Le (la) responsable de l'enfant décharge la Communauté d'Agglomération et l'équipe d'animation de toute responsabilité dès la prise en charge de l'enfant par une tierce personne.

#### **FACTURATION :**

En cas de **garde alternée**, une facturation semaines paires/impaires est possible. **Fournir le formulaire de demande de facturation alternée signé des 2 parents** (disponible sur [www.agglo-saintes.fr](http://www.agglo-saintes.fr), onglet « espace familles », rubrique « inscriptions scolaires ») **ou**, à défaut l'extrait du jugement précisant les modalités. A noter que seule une facturation alternée du lundi au dimanche est possible.

Souhaitez-vous le prélèvement automatique (effectué le dernier jour du mois, hors week-end) : OUI  NON

Si oui, **remplir le formulaire de prélèvement SEPA** (disponible sur [www.agglo-saintes.fr](http://www.agglo-saintes.fr), onglet « espace familles », rubrique « inscriptions scolaires ») et **joindre un RIB**

#### **Données à caractère personnel**

En application de la loi n°2018-493 du 20 juin 2018, et sur la base légale de la mission d'intérêt public, un traitement de données est établi par la Communauté d'Agglomération de Saintes pour vous permettre d'accéder aux services proposés. Ces données sont destinées uniquement au service en charge de traiter votre dossier et à des organismes sociaux et administrations fiscales. Vos réponses sont obligatoires, **le défaut de réponse rendant impossible votre inscription par nos services**. Ces données seront conservées jusqu'à une année après le dernier mouvement sur le dossier. Au-delà, vos données papier seront archivées, et les données électroniques rendues anonymes pour des besoins de traitement statistique.

Vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant par mail le délégué à la protection des données : [dpo@agglo-saintes.fr](mailto:dpo@agglo-saintes.fr)

#### **AUTORISATIONS**

Je soussigné(e) .....responsable légal(e)

autorise l'équipe d'animation à photographier ou filmer mon (mes) enfant(s) individuellement ou en groupe dans le cadre des activités de l'ALSH, de l'accueil périscolaire et de l'interclasse pour toute l'année scolaire en cours. Ces photos ou films pourront être utilisés dans le cadre d'une diffusion municipale et/ou de la CDA de Saintes (journaux, site internet, programme, ...).

autorise mon (mes) enfant(s) : ..... à participer aux activités organisées par l'accueil de loisirs, **y compris les déplacements en autocars**.

**Je m'engage à signaler tout changement** (situation familiale, adresse, téléphone, radiation scolaire, quotient familial...) **survenant en cours d'année scolaire**.

**Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils collectifs de mineurs et de la restauration scolaire de la CDA de Saintes** (disponible sur [www.agglo-saintes.fr](http://www.agglo-saintes.fr), onglet « espace familles », rubrique « infos pratiques ») **et je m'engage à le respecter et le faire respecter par mon (mes) enfant(s)**.

**Je déclare avoir pris connaissance de la gestion de mes données à caractère personnel (cf encadré ci-dessus) et en accepte les termes**.

J'accepte de recevoir l'actualité de la CDA de Saintes

N'hésitez pas consulter les actualités du service Education-Enfance-Famille sur l'espace famille ([www.agglo-saintes.fr](http://www.agglo-saintes.fr), onglet « espace familles »)

**Je certifie sur l'honneur que les renseignements fournis sont exacts.**

À .....

Le, .....

Signature des représentants légaux

Responsable 1

Responsable 2