

ESPACE JEUNES A.L.S.H Adolescents

DOSSIER D'INSCRIPTION 2021

Nom : **Prénom :**
Date de Naissance : **Lieu :**
Adresse :
Code postal : **Commune :**
Téléphone portable du jeune :
Mail :

	Responsable 1	Responsable 2
NOM		
PRENOM		
ADRESSE		
CODE POSTAL ET COMMUNE		
TEL. MAISON		
TEL. PORTABLE		
TEL. PROFESSIONNEL		
MAIL		
PROFESSION		
NUMERO ALLOCATAIRE CAF OU MSA		
Personne à contacter en cas d'absence NOM PRENOM		
N°portable ou fixe de la personne à contacter		

Situation familiale :
 ☐ Marié
 ☐ Divorcé
 ☐ Pacsé
☐ Séparé
 ☐ Célibataire
☐ Autre préciser.....

Les autorisations de soins

Je soussigné(e).....
agissant en qualité de autorise l'équipe de l'ALSH Espace Jeunes de Saint Astier à faire pratiquer, le cas échéant, tous les soins nécessaires par l'état de santé du jeune (hospitalisation, intervention chirurgicale...), par le médecin, chirurgien ou anesthésiste pendant qu'il se trouve sous la responsabilité de l'équipe et en relais avec les parents. En cas d'intervention des pompiers, l'adolescent(e) sera acheminé(e) vers le centre hospitalier de garde. Les parents devront se rendre à l'hôpital pour prendre le relais du membre de l'équipe qui aura accompagné le jeune.

Date :

Signature responsable légal :

Coordonnées du médecin traitant

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Le transport

J'autorise l'équipe de l'Espace jeunes de Saint Astier, à transporter mon enfant par différents moyens (voiture, mini bus, car, train...), pour toutes sorties proposées par la structure.

Date :

Signature responsable légal :

Partir seul moins de 16 ans

J'autorise mon enfant à quitter, l'ALSH Espace jeunes de Saint Astier, seul pour rentrer à son domicile par ses propres moyens.

Date :

Signature responsable légal :

Droit à l'image

J'autorise l'Espace jeunes à effectuer des photos ou vidéos, dans le cadre des activités mise en place par la structure, de les diffuser sur tous les supports utiliser par la structure : Facebook, site CCIVS ou communes du territoire, partenaires et journaux locaux et autres. (les photos diffusées sont prioritairement faites en groupe)

Date :

Signature du responsable légal :

Documents à fournir lors de l'inscription :

- Photocopie DTPolio à jour
- Attestation d'assurance responsabilité civile valide
- Photocopie de la carte vitale
- Certificat si traitement médical ou PAI
- Tous documents donnant droit à des aides financières (Bons caf, Msa, prestation CG...)
- Copie jugement relatif à la garde de ou des enfant(s)

Facturation

Elle est établie par l'Espace jeunes de Saint Astier, 15 jours après chaque période de vacance. Elle est à régler auprès du trésor public de Saint Astier.

Renseignements auprès de l'équipe ou sur le site CCIVS www.ccivs.fr (Programme diffusé sur le site au moins 15 jours avant chaque période).

Inscription de préférence par mail Réservations obligatoires

espacejeunes@ccivs.fr

ESPACE JEUNES

Communauté de Communes Isle Vern Salembre

MODALITES DE REGLEMENT

Vous souhaitez régler par :

☐ Chèque (à l'ordre du trésor public) ou espèces

A envoyer ou remettre uniquement à la trésorerie Municipale de Saint Astier – Aucun règlement ne sera accepté en mairie – à la CCIVS ou à L'Espace jeunes

☐ Par prélèvement

Obligatoire Mandat SEPA (joint) complété + Relevé d'identité bancaire (RIB)

Attention le mode de paiement que vous allez choisir sera le même pour toute l'année. Il ne pourra pas être modifié.

Destinataire des factures - un seul choix possible :

☐ Le responsable 1

☐ Le responsable 2

☐ J'autorise la consultation de mon quotient familial (QF) sur le site CafPro.
(le quotient familial permet de fixer le montant du pass'activité qui est de 5e à 11e)

Tarifs :

Une cotisation trimestrielle forfait de 8 euros (valable pour tous les jours d'ouverture de la structure au cours du trimestre) + pass'activité (selon quotient familial facturé uniquement pour les sorties ou interventions)

Date :

Signature du représentant légal :

**Référence unique du mandat :**

FR 46 ZZZ 638800

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A

Pays :

Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Le (JJ/MM/AAAA) :

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

Nom de l'enfant :

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 Communauté de Communes Isle, Vern, Salembre. 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 le créancier.

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.