Communauté de communes Andaine-Passais

FICHE ENFANT(S) ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS

○ ACM Bagnoles de l'Orne Normandie ○ ACM Juvigny Val d'Andaine
○ ACM Rives d'Andaine (La Chapelle) ○ ACM Passais Villages
○ ACM Céaucé

SERVICE ANIMATION ENFANCE JEUNESSE CC ANDAINE-PASSAIS

ENFANT(S) :

Nom : ---------- Prénom : ----------
Date de naissance : ----------
Mon enfant peut rentrer seul : ○ oui ○ Non
Domiciliation de l'enfant : ○ Parents ○ Père ○ Mère ○ Tuteur ○ Famille d'accueil
Mon enfant sait nager : ○ oui ○ Non
Bénéficiaire de l'AEEH : ○ oui ○ Non *(Si oui, joindre justificatif)*
J'autorise le transport de mon enfant avec le véhicule de service ou en bus : ○ oui ○ Non
J'autorise l'équipe à photographier mon enfant et diffuser sa photo :
- dans le cadre d'un projet interne : ○ oui ○ Non
- dans la presse, sur le site ou support de communication de la de la CC : ○ oui ○ Non

Nom : ---------- Prénom : ----------
Date de naissance : ----------
Mon enfant peut rentrer seul : ○ oui ○ Non
Domiciliation de l'enfant : ○ Parents ○ Père ○ Mère ○ Tuteur ○ Famille d'accueil
Mon enfant sait nager : ○ oui ○ Non
Bénéficiaire de l'AEEH : ○ oui ○ Non *(Si oui, joindre justificatif)*
J'autorise le transport de mon enfant avec le véhicule de service ou en bus : ○ oui ○ Non
J'autorise l'équipe à photographier mon enfant et diffuser sa photo :
- dans le cadre d'un projet interne : ○ oui ○ Non
- dans la presse, sur le site ou support de communication de la de la CC : ○ oui ○ Non

RESPONSABLE :

Qualité du responsable : ○ Père ○ Mère ○ Tuteur
Nom : .....
Prénom : .....
Lieu de naissance (ville et département) :
.....
Date de naissance : .....
Adresse : .....
.....
Commune : .....
Téléphone domicile : .....
Téléphone portable : .....
Téléphone travail (+poste) : .....
Profession : .....
mail : .....
Fournir copie carte identité recto/verso

Qualité du responsable : ○ Père ○ Mère ○ Tuteur
Nom : .....
Prénom : .....
Lieu de naissance (ville et département) :
.....
Date de naissance : .....
Adresse : .....
.....
Commune : .....
Téléphone domicile : .....
Téléphone portable : .....
Téléphone travail (+poste) : .....
Profession : .....
mail : .....
Fournir copie carte identité recto/verso

Si enfant en famille d'accueil :

Nom et prénom du responsable : .....
Numéro de téléphone : ..... Email : .....
Adresse : .....

Facturation :

Facture des repas*à adresser : ○ Parents ○ Père ○ Mère ○ Tuteur ○ Famille d'accueil ○ Autre

** Repas des mercredis sur ACM Passais - Repas thématique (pédagogique)*

Facture de l'ACM à adresser : ○ Parents ○ Père ○ Mère ○ Tuteur ○ Famille d'accueil ○ Autre

Merci de joindre :

- **la photocopie de la carte d'identité du ou des payeurs (Père, mère, tuteur) et du référent CAF**
- **l'attestation VACAF obligatoire pour les parents souhaitant bénéficier des aides**

Si autre, merci de préciser l'organisme ou la personne à qui doit être adresser la facture :

.....

.....

Informations allocataire :

Nom et prénom de l'allocataire ou les enfants sont rattachés : .....

Régime : ○ CAF ○ MSA ○ Autre

Numéro allocataire : ..... Département de votre CAF : .....

Fournir attestation CAF

Numéro sécurité social : ----------

Quotient familial pour la MSA (merci de fournir un justificatif)

Sans justificatif ou information fournis, le tarif activité le plus haut sera appliqué

Numéro de police : ----------(fournir attestation)

Assurance péri et extrascolaire ou multi risques habitation (si cette dernière couvre votre ou vos enfants dans toutes ses activités):

Compagnie : ----------

Numéro de police : ----------(fournir attestation)

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant ou à prévenir si nécessaire :

NOM - PRENOM	*LIEN DE PARENTE*	*TELEPHONE*	*Venir chercher*	*A prévenir*

Mention légal RGPD

Le responsable du traitement des données recueillies via le présent formulaire est Monsieur PETITJEAN Olivier, Président de la CC Andaine Passais. Les informations portées sur ce formulaire font l'objet d'un traitement destiné à accueillir votre ou vos enfant(s) en centre de loisirs. Les destinataires des données sont l'équipe d'encadrement, les services de l'état comme la DDCSPP, la PMI, la CAF, la MSA (protection et aides aux familles) ainsi que la trésorerie concernant les données financières. Ce document est conservé par le service jusqu'en janvier 2030. En vertu du règlement général de l'UE sur la protection des données (RGPD), vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au directeur du centre qui accueille votre ou vos enfant(s).

Merci de ne pas signer les 3 années en même temps

2026 - 2027 Signature
Fait le .....

2027 - 2028 **Signature**
Fait le .....

2028 - 2029 Signature
Fait le .....

Communauté de communes Ardaire-Passais

SERVICE ANIMATION ENFANCE JEUNESSE CC ARDAIRE-PASSAIS

Si vous avez plus de deux enfants :

Nom : ---------- Prénom : ----------
Date de naissance : ----------
Mon enfant peut rentrer seul : ○ oui ○ Non
Domiciliation de l'enfant : ○ Parents ○ Père ○ Mère ○ Tuteur ○ Famille d'accueil
Mon enfant sait nager : ○ oui ○ Non
Bénéficiaire de l'AEEH : ○ oui ○ Non *(Si oui, joindre justificatif)*
J'autorise le transport de mon enfant avec le véhicule de service ou en bus : ○ oui ○ Non
J'autorise l'équipe à photographier mon enfant et diffuser sa photo :
- dans le cadre d'un projet interne : ○ oui ○ Non
- dans la presse, sur le site ou support de communication de la de la CC : ○ oui ○ Non

Nom : ---------- Prénom : ----------
Date de naissance : ----------
Mon enfant peut rentrer seul : ○ oui ○ Non
Domiciliation de l'enfant : ○ Parents ○ Père ○ Mère ○ Tuteur ○ Famille d'accueil
Mon enfant sait nager : ○ oui ○ Non
Bénéficiaire de l'AEEH : ○ oui ○ Non *(Si oui, joindre justificatif)*
J'autorise le transport de mon enfant avec le véhicule de service ou en bus : ○ oui ○ Non
J'autorise l'équipe à photographier mon enfant et diffuser sa photo :
- dans le cadre d'un projet interne : ○ oui ○ Non
- dans la presse, sur le site ou support de communication de la de la CC : ○ oui ○ Non

Nom : ---------- Prénom : ----------
Date de naissance : ----------
Mon enfant peut rentrer seul : ○ oui ○ Non
Domiciliation de l'enfant : ○ Parents ○ Père ○ Mère ○ Tuteur ○ Famille d'accueil
Mon enfant sait nager : ○ oui ○ Non
Bénéficiaire de l'AEEH : ○ oui ○ Non *(Si oui, joindre justificatif)*
J'autorise le transport de mon enfant avec le véhicule de service ou en bus : ○ oui ○ Non
J'autorise l'équipe à photographier mon enfant et diffuser sa photo :
- dans le cadre d'un projet interne : ○ oui ○ Non
- dans la presse, sur le site ou support de communication de la de la CC : ○ oui ○ Non

Nom : ---------- Prénom : ----------
Date de naissance : ----------
Mon enfant peut rentrer seul : ○ oui ○ Non
Domiciliation de l'enfant : ○ Parents ○ Père ○ Mère ○ Tuteur ○ Famille d'accueil
Mon enfant sait nager : ○ oui ○ Non
Bénéficiaire de l'AEEH : ○ oui ○ Non *(Si oui, joindre justificatif)*
J'autorise le transport de mon enfant avec le véhicule de service ou en bus : ○ oui ○ Non
J'autorise l'équipe à photographier mon enfant et diffuser sa photo :
- dans le cadre d'un projet interne : ○ oui ○ Non
- dans la presse, sur le site ou support de communication de la de la CC : ○ oui ○ Non