

**Enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....  garçon  fille

Ecole : ..... Classe : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

**Si Projet d'Accueil Individualisé, merci de le fournir.**

L'enfant est-il en situation de handicap ?  oui  non

L'enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) ?  oui  non

*Cette information permet aux accueils de loisirs et périscolaires de bénéficier d'un financement complémentaire par la CAF, pour faciliter et améliorer l'accueil des enfants en situation de handicap.*

**Responsables légaux :**

**Situation familiale :**  Marié  Pacsé  Vie Maritale  Séparé  Divorcé  Veuf  Garde alternée

**Avez-vous déjà un portail famille créé pour un autre enfant ?**  Oui  Non

**Si vous n'avez pas encore de portail famille, veuillez indiquer un e-mail du contact principal du foyer pour création de votre portail famille et informations diverses (facturation, réservations...) :**

.....

**Représentant légal 1**

**Représentant légal 2**

Père  Mère  Autre : .....  
Autorité parentale :  Oui  Non

Père  Mère  Autre : .....  
Autorité parentale :  Oui  Non

Nom : .....

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

CP, ville : .....

CP, ville : .....

.....

.....

Tél portable.....

Tél portable : .....

Tél professionnel : .....

Tél professionnel : .....

Régime (obligatoire) :

Régime (obligatoire) :

CAF – N° allocataire : .....

CAF – N° allocataire : .....

Si vous n'êtes pas allocataire CAF, merci de contacter l'accueil de loisirs ou périscolaire concerné pour le calcul de votre quotient familial.

Si vous n'êtes pas allocataire CAF, merci de contacter l'accueil de loisirs ou périscolaire concerné pour le calcul de votre quotient familial.

MSA : Merci de transmettre votre justificatif de quotient familial avec ce document

MSA : Merci de transmettre votre justificatif de quotient familial avec ce document

**Pour les familles séparées,** merci de préciser en cochant un des choix :

- Les 2 représentants légaux sont facturés, en fonction des réservations de chacun.  
 Un seul des représentants légaux prend en charge la totalité des factures. Dans ce cas, merci de signer en bas de page et préciser votre Nom-prénom : .....



Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par La Communauté de Communes du Pays des Achards et son représentant pour l'inscription aux services enfance-jeunesse. La base légale du traitement est la mission d'intérêt public.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : service enfance-jeunesse, comptabilité, informatique, CAF-MSA, SDJES, Conseil Départemental. Les données sont conservées pendant 5 ans, après la clôture de votre dossier (contrôle CAF possible jusqu'à N-5).

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données. Vous pouvez également exercer votre droit à la portabilité de vos données.

Consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ses droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données à : [dpo@cc-paysdesachards.fr](mailto:dpo@cc-paysdesachards.fr).

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.

Fait à ..... le .....

Signature(s) :

**Document à compléter en ligne et à retourner à :**  
[enfance-jeunesse@cc-paysdesachards.fr](mailto:enfance-jeunesse@cc-paysdesachards.fr)

**Ou à déposer à :**  
**Communauté de Communes du Pays des Achards**  
**2 rue Michel Breton, ZA Sud-Est**  
**85150 LES ACHARDS**