

Annexe 1 :

**Règlement de fonctionnement des accueils de loisirs sans hébergement
de la communauté d'agglomération Pays Foix-Varilhes**

Etablissements de Foix, Saint-Paul de Jarrat, Varilhes, Verniolle

Je soussigné(e) M. / Mmeresponsable légal de l'enfant
.....

Certifie avoir reçu le règlement de fonctionnement de la structure, et reconnais accepter l'ensemble des dispositions et m'engage à les respecter.

Date :

Signature précédée des
nom et prénom du responsable légal et de la
mention « lu et approuvé »

Annexe 2 :

AUTORISATION DE TRANSPORT

Je soussigné(e) M. / Mmeresponsable légal de l'enfant
.....

Autorise mon enfant à participer aux activités extérieures pour lesquelles il a été inscrit et autorise mon enfant à se déplacer en car ou minibus, accompagné par l'équipe d'animation.

Date :

Signature précédée des
nom et prénom du responsable légal et de la
mention « lu et approuvé »

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) M. / Mmeresponsable légal de l'enfant
..... :

- a) **Autorise / n'autorise pas** l'équipe d'encadrement de l'ALSH à prendre en photo ou à filmer mon enfant.
- b) **Autorise / n'autorise pas** le gestionnaire de l'accueil de loisirs à publier des photos de mon enfant prises dans le cadre des activités de l'ALSH, pour une utilisation dans les outils de communication de la communauté d'agglomération (bulletin d'information, site internet, panneaux d'information, exposition...), dans les articles de presse rédigés par les services de la communauté d'agglomération Pays Foix-Varilhes et/ou Les Francas du Pays de Foix et dans les animations se déroulant dans l'ALSH.

(Rayer les mentions inutiles)

Date :

Signature précédée des
nom et prénom du responsable légal et de la
mention « lu et approuvé »

AUTORISATION MEDICALE

Je soussigné(e) M. / Mmeresponsable légal de l'enfant
..... :

Autorise le directeur ou le personnel de l'ALSH ainsi que le responsable du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, en lien avec un médecin du SMUR.

Date :

Signature précédée des
nom et prénom du responsable légal et de la
mention « lu et approuvé »

Pour les familles allocataires CAF

AUTORISATION ACCES A CDAP

Je soussigné(e) M. / Mmeresponsable financier de l'enfant

- **Autorise** le personnel de l'accueil de loisirs sans hébergement à prendre les renseignements nécessaires pour le calcul de la tarification modulée auprès du service CDAP de la Caisse d'allocations familiales.

Et, j'indique ici mon numéro d'allocataire CAF en cours de validité :

- **N'autorise pas** le personnel de l'accueil de loisirs sans hébergement à prendre les renseignements nécessaires pour le calcul de la tarification modulée auprès du service CDAP de la Caisse d'allocations familiales. **Mais, je m'engage à fournir le(les) avis d'imposition ou de non-imposition année N-2 de la famille.**

Je m'engage à fournir chaque année les documents indiqués ci-dessus à la structure pour le calcul de mon quotient familial sans quoi le tarif le plus élevé me sera appliqué jusqu'au dépôt des documents au bureau de l'ALSH. En matière de tarification, aucun effet rétroactif ne sera opéré.

*(Rayer les mentions inutiles)

Date :

Signatures précédées des noms et prénoms :

Le responsable financier

Le tiers solidaire

Pour les familles allocataires MSA

Je soussigné(e) M. / Mmeresponsable financier de
l'enfant

- **Autorise** le personnel de l'accueil de loisirs sans hébergement à prendre les renseignements nécessaires pour le calcul de la tarification modulée auprès de la Mutualité Sociale Agricole.

J'indique ci-dessous :

- Mon numéro d'allocataire MSA en cours de validité :
- Le nom de ma caisse MSA

- **N'autorise pas** le personnel de l'accueil de loisirs sans hébergement à prendre les renseignements nécessaires pour le calcul de la tarification modulée auprès de la Mutualité Sociale Agricole. **Mais je m'engage à fournir le(les) avis d'imposition ou de non-imposition année N-2 de la famille.**

Je m'engage à fournir chaque année les documents indiqués ci-dessus à la structure pour le calcul de mon quotient familial sans quoi le tarif le plus élevé me sera appliqué jusqu'au dépôt des documents au bureau de l'ALSH. En matière de tarification, aucun effet rétroactif ne sera opéré.

*(Rayer les mentions inutiles)

Date :

Signatures précédées des noms et prénoms :

Le responsable financier

Le tiers solidaire

Annexe 7 :

Pour les familles non allocataires CAF ou MSA

Je soussigné(e) M. / Mmeresponsable financier de
l'enfant :

M'engage à fournir le(les) avis d'imposition ou de non-imposition année N-2 de la famille.

Je m'engage à fournir chaque année les documents indiqués ci-dessus à la structure pour le calcul de mon quotient familial, sans quoi le tarif le plus élevé me sera appliqué jusqu'au dépôt des documents au bureau de l'ALSH. En matière de tarification, aucun effet rétroactif ne sera opéré.

Date :

Signatures précédées des noms et prénoms :

Le responsable financier

Le tiers solidaire

Annexe 8 :

Calcul du tarif pour la période

du au

Je soussigné(e) M. / Mmeresponsable financier de l'enfant

M'engage à régler les factures établies par le gestionnaire de l'accueil de loisirs fréquenté par mon enfant, établies sur la base tarifaire suivante, calculée selon le quotient familial (QF) :

QF : €

Vacances scolaires :

Journée :

½ journée + repas :

½ journée :

Mercredis en période scolaire :

Repas :

½ journée + repas :

En l'absence de QF fourni par la CAF ou la MSA, le calcul de ce dernier sera réalisé par le gestionnaire en fonction des éléments fournis par la famille. Cependant, faute de justificatifs, le tarif le plus élevé sera appliqué. En matière de tarification, aucun effet rétroactif ne sera opéré.

La déduction éventuelle de prises en charge (aide aux vacances, aide aux temps libres, comité d'entreprise) sera prise en compte dans l'établissement de la facture, sur présentation de l'original dudit document de prise en charge dans la limite de leurs droits ouverts par chaque partenaire.

Les aides aux temps libres sont attribuées dans la limite d'une enveloppe budgétaire, dès lors que cette dernière sera épuisée, aucune participation de la CAF ne viendra en déduction du tarif calculé dans la présente, et ce même si l'intégralité des droits (40 journées au total) n'ont pas été consommés par la famille. Dans l'affirmative du dépassement de l'enveloppe allouée, une facture de régularisation sera établie au nom du responsable financier qui devra s'acquitter de cette dernière auprès du trésor public suite à l'émission d'un titre de recette à l'encontre de la famille.

Date :

Signatures précédées des noms et prénoms :

Le responsable financier

Le tiers solidaire