

# DOSSIER D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS

**Accueil de Loisirs :**

**Année scolaire : 20 . . / 20 . .**

ENFANT (S)	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Nom et Prénom			
Sexe (M ou F)			
Date et lieu de naissance			
Age			
Classe Ecole fréquentée			
Adresse			

**Union Normande des Centres Maritimes et Touristiques**

4 avenue du Parc Saint André – 14200 HEROUVILLE SAINT CLAIR

Tel : 02 31 46 80 40 - [www.uncmt.fr](http://www.uncmt.fr)

Association loi 1901 adhérente à la JPA – Agrément DDCS , Education Nationale et Tourisme

<b>Responsable légal</b> Facture à envoyer à	<b>Parent 1</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Parent 2</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Tuteur</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nom et Prénom			
Adresse			
<b>Tél. :</b> <b>Portable :</b> <b>E-mail :</b>	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
Tél. employeur			
Profession			
Nom et adresse de l'employeur			
Sécurité sociale	Nom et prénom de l'assuré auquel l'enfant est rattaché : N° : Adresse caisse : CMU : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, fournir <u>obligatoirement</u> une copie de l'attestation Allocataire <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA Nom, Prénom allocataire : (Fournir <u>obligatoirement</u> l'attestation précisant le quotient familial) N° : Adresse caisse :		

**Situation familiale :** Marié (e)  Pacsé (e)  Célibataire  Vie maritale   
 Divorcé (e)  Séparé (e)  Veuf (ve)

### AUTRES PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'(LES) ENFANT (S) ET A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Lien de parenté			
Nom et prénom			
Téléphone			

## CONDITIONS GENERALES

- Une adhésion annuelle sera demandée
- Dans le cas d'une absence justifiée (certificat médical, ...) la journée **sera facturée 5 €** afin de couvrir une partie des frais de repas et d'encadrement engagés
- Une fiche sanitaire avec copie du carnet de vaccination pour chaque enfant devra être remplie et signée et jointe au dossier d'inscription
- Fournir également l'attestation CAF précisant le montant du quotient familial

## ASSURANCE

L'UNCMT est assurée auprès de la MAIF. Cette assurance couvre les risques « accidents corporels » et « responsabilité civile », après intervention des organismes sociaux des familles.

Les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation éventuels restent à la charge des parents, qui devront les rembourser à l'UNCMT lorsqu'elle en aura fait l'avance.

Lunettes : après les remboursements de la Sécurité Sociale et éventuellement de la mutuelle des familles, l'assurance MAIF participera si besoin pour un montant de 80 € (bris et vol).

### Crédit d'impôt pour les frais de garde des jeunes enfants hors du domicile

Si vous êtes fiscalement domicilié en France, vous pouvez bénéficier d'un crédit d'impôt égal à 50 % des dépenses que vous engagez pour la garde de vos enfants à charge âgés de moins de 6 ans au 1<sup>er</sup> janvier de l'année des revenus. Une demande nominative est à formuler auprès de l'UNCMT.

### Règlement général sur la protection des données

Les informations recueillies sur le client font l'objet d'un traitement informatique réalisé par l'UNCMT et sont indispensables à la réalisation de sa commande. Ces informations et données personnelles sont également conservées de façon sécurisée, afin de respecter les obligations légales et réglementaires. Elles seront conservées aussi longtemps que nécessaire pour l'exécution de la prestation commandée et des garanties éventuellement applicables à l'issue de ces prestations.

Le responsable du traitement des données est l'UNCMT - 4 avenue du parc Saint André – 14200 HEROUVILLE SAINT CLAIR – Tél : 02 31 46 80 40 – Mail : [contact@uncmt.fr](mailto:contact@uncmt.fr).

L'accès aux données personnelles sera strictement limité aux employés du responsable de traitement, habilités à les traiter en raison de leurs fonctions. Les informations recueillies pourront éventuellement être communiquées à des tiers liés à l'entreprise par contrat pour l'exécution de tâches sous-traitées, sans que l'autorisation du client ne soit nécessaire.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, telle que modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, et par le Règlement Européen n°2016/.679, le client dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, et de portabilité des données le concernant, ainsi que du droit de s'opposer au traitement pour motif légitime, droits qu'il peut exercer en s'adressant au responsable de traitement à l'adresse postale ou e-mail mentionnée ci-dessus, en joignant un justificatif de son identité valide.

En cas de réclamation, le client peut contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

**Union Normande des Centres Maritimes et Touristiques**

4 avenue du Parc Saint André – 14200 HEROUVILLE SAINT CLAIR

Tel : 02 31 46 80 40 - [www.uncmt.fr](http://www.uncmt.fr)

Association loi 1901 adhérente à la JPA – Agrément DDCS, Education Nationale et Tourisme

## AUTORISATIONS DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné (e) ....., responsable légal de (s) l'enfant (s) .....,

....., .....,

- Autorise le directeur du centre à faire soigner mon (mes) enfant (s), à faire pratiquer les interventions d'urgence, suivant les prescriptions du médecin.
- Autorise mon (mes) enfant (s) à participer à toutes les activités du centre.

Autorise mon (mes) enfant (s) à rentrer seul :

Enfant : .....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Enfant : .....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Enfant : .....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

## DROIT A L'IMAGE

Madame, Monsieur,

Je soussigné/e : ..... Représentant/e légal de l'enfant : .....

Demeurant : .....

.....

.....

Inscrit/e sur le séjour : .....

Du ..... au .....

autorise  n'autorise pas (cochez la case)

Autorise l'association UNCMT à photographier et à utiliser l'image de mon enfant. En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives aux droits à l'image, j'autorise l'association UNCMT à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies prises dans le strict cadre des activités de l'association.

Les photographies pourront être exploitées et utilisées par l'association UNCMT sur tous ses supports numériques et imprimés et pour toute thématique, pour une durée de cinq ans. Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation ou d'en faire toute autre exploitation préjudiciable.

Il s'efforcera, dans la mesure du possible, de tenir à ma disposition un justificatif à chaque parution des photographies sur simple demande.

Je garantis que je ne suis pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de l'image de mon enfant ou de son nom.

Pour toutes informations ou interrogations liées à mon droit à l'image, je suis informé que je peux joindre l'association UNCMT par e-mail à [contact@uncmt.fr](mailto:contact@uncmt.fr)

Fait de bonne foi à .....

Le .....

Reconnais avoir pris connaissance de toutes les conditions d'inscriptions,

**Signature du représentant légal**

**Union Normande des Centres Maritimes et Touristiques**

4 avenue du Parc Saint André – 14200 HEROUVILLE SAINT CLAIR

Tel : 02 31 46 80 40 - [www.uncmt.fr](http://www.uncmt.fr)

Association loi 1901 adhérente à la JPA – Agrément DDCS, Education Nationale et Tourisme