


## ATTESTATION SUR L'HONNEUR 2024/2025 ALSH-SERVICE PÉRISCOLAIRE

Valable du 1er Septembre 2024 au 31 Août 2025

Chers Parents,

Veillez dans un premier temps, **vérifier** et **modifier** au besoin les informations de votre foyer sur le Portail Famille : **Fiche foyer** et **Fiche enfant**. Puis veuillez nous retourner l'attestation accompagnée des documents ci-dessous par mail : [dossiers-enfance@cc-tarnagout.fr](mailto:dossiers-enfance@cc-tarnagout.fr) 

- Vaccination** : Photocopie des 4 pages du carnet de santé (pensez à inscrire le nom de votre enfant sur les pages de vaccination) ou certificat médical mentionnant que les vaccinations sont à jour
- Document précisant votre N° d'allocataire et Quotient Familial CAF ou MSA** ou vos **deux derniers avis d'imposition** (la tranche supérieure sera appliquée en cas de non production des documents)

### Cas particulier :

- Le certificat de scolarité : pour les enfants âgés de moins de 3 ans
- Le règlement financier et le contrat de prélèvement si changement
- Une demande de dérogation pour les enfants des familles résidant hors territoire qui seront accueillis uniquement en fonction des places restant disponibles sur les accueils de loisirs.

Aucune réservation ne sera prise en compte si les documents précités ne sont pas fournis

### Lieux d'accueil :

-  Goscinny
-  La Treille
-  Jean de la Fontaine
-  Service Périscolaire

## Enfant

Nom et Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

Nom et Prénom des frères et sœurs

Ecole fréquentée : ..... Classe 2024/2025 : .....

## Informations Famille

Situation Familiale :  Célibataire  Veuf (Veuve)  Divorcé(e)/Séparé(e)  Marié(e) Pacsé(e)  Union Libre

EN CAS DE SÉPARATION, CHAQUE PARENT DEVRA REMPLIR UN DOSSIER D'INSCRIPTION

Nom et numéro de l'allocataire CAF : ..... Autre organisme : .....

Adresse mail : (Une seule adresse par famille) : .....@.....

## Informations Médicales

Nom du Médecin de Famille : ..... Ville : ..... Tel : .....

N° Sécurité Sociale

- **Je certifie sur l'honneur que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires**
- **Informations médicales particulières :** (traitement médical, allergies, difficultés de santé, maladies, accidents, crises convulsives, antécédents médicaux ou chirurgicaux et précautions à prendre, énurésie...)
  - .....
- **Recommandations utiles des parents :** (lunettes, appareil dentaire, baignade...)
  - .....
- **Régime alimentaire particulier:**  **Oui**  **Non**
  - Lequel : .....
- Votre enfant est-il en situation de handicap :  **Oui**  **Non**
  - **Merci de prendre contact avec la Direction de la structure**
- Votre enfant a-t-il recours à l'aide d'une AESH en milieu scolaire ?  **Oui**  **Non**
- Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI :  **Oui**  **Non**
  - **Merci de prendre contact avec la Direction de la structure et de fournir le PAI à jour**
- **J'autorise le responsable de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence :**  **Oui**  **Non**

**Si votre enfant suit un traitement médical, merci de vous rapprocher de l'équipe Direction de la structure  
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance ni accord écrit des parents**

## Attestation sur l'honneur

- J'atteste sur l'honneur l'**exactitude de tous les renseignements portés sur la fiche d'inscription** ainsi que sur les **fiches foyer et enfant figurant sur le Portail Famille**.
- Je m'engage à **signaler tous les changements** pouvant intervenir au cours de l'année scolaire : adresse, téléphone, situation familiale, etc.
- J'atteste **avoir souscrit une assurance responsabilité civile et extra-scolaire** pour mon enfant.
- Je certifie sur l'honneur **avoir pris connaissance et approuvé les règlements intérieurs** de l'ALSH et du service Périscolaire (Consultable sur les Centres, le site internet de la CCTA et sur le Portail Famille).
- J'atteste **avoir mis à jour sur le portail famille, les autorisations à prendre des photographies de mon enfant** qui pourront être utilisées dans les actions de communication interne (CCTA, site...) et externe (presses, réseaux sociaux...)

Nom et Prénom du Responsable légal 1 :

.....  
Fait à : ..... Le : .....

**Signature** précédée de la mention manuscrite  
« lu et approuvé »

Nom et Prénom du Responsable légal 2 :

*(si marié, pacsé ou union libre)*

.....  
Fait à : ..... Le : .....

**Signature** précédée de la mention manuscrite  
« lu et approuvé »

## RÈGLEMENT FINANCIER ET CONTRAT DE PRÉLÈVEMENT



(à compléter uniquement pour une première demande ou en cas de changement de coordonnées bancaires)



### RELATIF AU PAIEMENT DES PRESTATIONS DES ACCUEILS DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT (ALSH) ET DU SERVICE PÉRISCOLAIRE

Entre :

Nom (payeur) : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Nom et prénom de(s) l'enfant(s) : .....

Usager du Service intercommunal Accueils de Loisirs sans Hébergement (ALSH) et Périscolaire de la Communauté de Communes TARN-AGOUT.

Et :

La Communauté de Communes TARN-AGOUT, représenté par Monsieur Gérard PORTES, Président.

Il est convenu ce qui suit :

#### 1- Dispositions générales

Les usagers du service peuvent régler leur facture à la Régie Alsh-Périscolaire, adresse : Communauté de Communes TARN-AGOUT, rond-point de GABOR, 81370 SAINT-SULPICE.

- en numéraire
- par chèque CESU ou ANCV (complément en numéraire)
- par prélèvement automatique pour les usagers ayant souscrit un contrat de prélèvement.

#### 2 - Facturation et avis de prélèvement

Chaque prélèvement est effectué entre le 4 et le 7 du mois\* suivant le mois de facturation. La Communauté de Communes TARN-AGOUT émet une facture (après chaque période d'accueil) que l'utilisateur recevra via le portail famille avant la date de prélèvement, la facture indiquant le montant et la date du prélèvement.

\*Sauf au mois de Novembre période imposée par le Trésor Public pour cause de clôture de compte

#### 3- Changement de compte bancaire

L'utilisateur qui change de numéro de compte bancaire, d'agence, de banque ou de banque postale, doit se procurer un nouvel imprimé de demande de prélèvement auprès de la Régie Alsh-Périscolaire de la Communauté de Communes TARN-AGOUT, rond-point de Gabor, 81370 SAINT-SULPICE, le remplir et le retourner accompagné du nouveau relevé d'identité bancaire ou postal. (Document également téléchargeable sur le site internet de la Communauté de Communes TARN-AGOUT, [www.cc-tarnagout.fr](http://www.cc-tarnagout.fr) ou sur le portail famille).

Si l'envoi a lieu avant la fin de la période concernée, le prélèvement pourra être effectué sur le nouveau compte. Dans le cas contraire, la modification interviendra sur la facturation suivante.

#### **4 - Changement d'adresse**

L'utilisateur qui change d'adresse doit avertir sans délai la Régie Alsh-Périscolaire de la Communauté de Communes TARN-AGOUT.

#### **5 - Renouvellement du contrat de prélèvement**

Sauf avis contraire de l'utilisateur, le contrat de prélèvement est automatiquement reconduit l'année suivante.

#### **6 - Echéances impayées**

Si un prélèvement ne peut être effectué sur le compte de l'utilisateur, il ne sera pas automatiquement représenté le mois suivant. L'échéance impayée augmentée des frais de rejet sera à régulariser auprès de la Trésorerie de GAILLAC 68 Place d'Hautpoul, 81600 Gaillac.

#### **7 - Fin de contrat**

L'utilisateur qui souhaite mettre fin au contrat, informe la Régie Alsh-Périscolaire de la Communauté de Communes TARN-AGOUT par lettre simple.

En cas de situation exceptionnelle, l'utilisateur peut saisir par écrit, au plus tôt et avant la fin de la période à facturer, la Régie ALSH de la Communauté de Communes TARN-AGOUT, rond-point de Gabor, 81370 SAINT-SULPICE pour demander la suspension du prélèvement automatique.

#### **8 - Renseignements, réclamations, difficultés de paiement, recours**

Tout renseignement concernant la facture des prestations des Alsh-Périscolaire est à adresser au Directeur de la structure Alsh-Périscolaire concernée.

Toute contestation amiable est à adresser par courrier à la Régie Alsh-Périscolaire de la Communauté de Communes TARN-AGOUT, rond-point de Gabor, 81370 SAINT-SULPICE. La contestation amiable ne suspend pas le délai de saisine du juge judiciaire.

En vertu de l'article L 1617.5 du code général des collectivités territoriales, le redevable peut dans un délai de deux mois suivant réception de la facture, contester la somme en saisissant directement :

- le Tribunal d'Instance si le montant de la Créance est inférieur ou égal au seuil fixé par l'article R 321.1 du code de l'organisation judiciaire
- le Tribunal de Grande Instance au-delà de ce seuil (actuellement fixé à 7 600 €).

### **BON POUR ACCORD DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE**

*Pour la Communauté de Communes TARN-AGOUT*

**LE PRESIDENT**  
**Gérard PORTES**

**LE REDEVABLE:**  
Date et Signature:



## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

### MERCI DE JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **La Communauté de Communes Tarn-Agout** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **La Communauté de Communes Tarn-Agout**

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée:

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Identifiant Créancier  
SEPA

FR 69 ZZZ 619374

#### DÉSIGNATION DU COMPTE A DÉBITER

Nom, Prénom :  
Adresse :  
Code postal :  
Ville :  
Pays :  
Domiciliation Banque :

#### DÉSIGNATION DU CRÉANCIER

Nom : **Communauté de Communes Tarn-Agout**  
Adresse : Rond-Point de Gabor  
Code postal : 81370  
Ville : Saint Sulpice  
Pays : France

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Paiement ponctuel

#### IBAN

_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

#### BIC

_ _ _	_	_	_	( _ _ )
-------	---	---	---	---------

Signé à : .....

Le : ...../...../.....

Signature:

#### 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 Tarn-Agout**. 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 **La Communauté de Communes Tarn-Agout**

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 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

