***DOSSIER FAMILLE***



CADRE RESERVE A L’ADMINISTRATION

Dossier reçu le : ………/… …………/20………... Traité le : ………/…………/20……………

N° de la famille : …………………… Observation de l’agent : ……………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………….

**FAMILLE**

**Représentant légal 1 Représentant légal 2**

**Mère Père Autre** ……………………………………. **Mère Père Autre**  …………………………………

Nom : …………………………………………………………………………… Nom : …………………………………………………………………………

Prénom : …………………………………………………………………………Prénom : …………………………………………………………………….

Date de Naissance **:** ……………………………………………………………Date de Naissance : ……………………………………………………….

Adresse : ………………………………………………………………………...Adresse : …………………………………………………………………….

CP**:**……………………………Commune…………………………..…….CP : ……………………………Commune**:** ………………………………

Tel Fixe **:** …………………………**.**  Portable : ……………………….….Tel Fixe **:** ………………………. Portable : …………………………

Mail **:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mail **:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A fournir obligatoirement pour accéder à l’Espace Famille. A fournir obligatoirement pour accéder à l’Espace Famille.**

Employeur : …………………………………**Tél :** ………………….Employeur : ……………………………**Tél :** ……………………………….

**Situation de famille :** Marié(e) Pacsé(e) Vie Maritale **Situation de famille :** Marié(e) Pacsé(e) Vie Maritale Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve) Séparé(e) Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve) Séparé(e)

**En cas de séparation ou de divorce, la garde est assurée par : Le représentant 1 Le représentant 2 Garde alternée**

**Si l’un des représentants n’est pas autorisé à venir chercher l’enfant, merci de fournir le jugement.**

**AUTRES MEMBRES COMPOSANT LE FOYER FISCAL OU VIT L’ENFANT**

**Lien avec l’enfant :** Beau-père Belle-mère Autre : ……………. **Lien avec l’enfant :** Beau-père Belle-mère Autre : …………….

Nom **:** ……………………………………. Prénom : ………………………. Nom : …………………………… Prénom : ………………………………**.**

Date de Naissance : …………………… Tel **:** ……………………….....**.** Date de Naissance **:** ……………………… Tel : …………………………

**ENFANTS A CHARGE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM** | **PRENOM** | **DATE DE NAISSANCE** | **LIEU DE NAISSANCE** | **SEXE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITE**

**MODE DE FACTURATION**

**Allocataire CAF** Nom et Prénom de l’allocataire **:** ………………………………. …. N° d’allocataire ……………………………

J’autorisela collectivité à consulter les informations relatives à mes ressources sur la CAF pour établir la tarification :

Oui Non Fournir les revenus N-1 (feuille d’impôt, attestation de revenus, etc…)

Bénéficiaire du PASS ALSH de la CAF Oui Non

**Allocataire MSA** Nom et Prénom de l’allocataire …………………………………. N° d’allocataire ………………………….

Fournir obligatoirement une attestation de quotient familial de – de 3 mois

Nom du payeur si diffèrent de l’allocataire : ……………………………………………………………………….

Nombre d’enfants à charge :

Adhésion à la facture en ligne : Oui Non

Paiement par prélèvement automatique : Oui  *Non*

***\*Dans le cas d’une 1ière demande,*** ***fournir obligatoirement le mandat SEPA + RIB***

Demande de facture partagée : ***uniquement dans le cadre d’une garde alternée avec l’accord obligatoire des 2 parents :***

* ***Remplir 2 dossiers (avec les revenus de chaque foyer) et le calendrier de garde alternée pour l’année scolaire complète***

Mentions légales ET informations concernant la protection des données personnelles

***Il est rappelé à l’usager qui emploie un faux nom ou un faux état civil dans un acte public ou un acte administratif destiné à l’autorité publique, qui produit une attestation ou un certificat falsifié, qu’il encourt les peines prévues aux articles L433-19 et L 441-7 du code pénal.***

***Si ces manœuvres ont pour objet de conduire ou ont conduit à l’attribution d’un droit usurpé, les peines encourues sont celles prévues aux articles L 313-1 et L 313-3 pour escroquerie ou tentative d’escroquerie.***

***La caisse d’allocations familiales de la Corrèze met à notre disposition un service Internet à caractère professionnel qui nous permet de consulter directement les éléments de votre dossier d’allocations familiales nécessaires à l’exercice de notre mission.***

***Le traitement de vos données personnelles est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public ou relevant de l'exercice de l'autorité publique dont est investi le responsable du traitement (art.6.1. e) du RGPD.***

***Le responsable de traitement est selon l’inscription à l’activité***

* ***La Ville de Brive***
* ***La Communauté d’Agglomération de Brive***

***Les informations personnelles recueillies (nom, prénom, date de naissance, …) font l’objet d’un traitement informatique destiné à la gestion des services affaires scolaires, périscolaires, extrascolaires et petite enfance.***

***Les données sont uniquement à usage de nos services internes, voir pour les services municipaux (toujours en lien avec l’enfant) sport, culture, transports scolaires.***

***Elles peuvent toutefois être communiquées à d’autres administrations autorisées par une disposition législative ou réglementaire (ex : éducation nationale), à la direction des finances publiques, au comptable public et aux organismes de sécurité sociale.***

***Les données vous concernant sont conservées pour l’utilisation courante l’année scolaire en cours et l’année précédente.***

***Elles sont ensuite archivées pour une durée de 10 ans à des fins statistiques.***

***Conformément au Règlement européen 2016/679 sur la protection des données, vous bénéficiez d’un droit d’accès et de rectification aux informations qui vous concernent.***

***Vous pouvez exercer ces droits en adressant un mail à l’adresse :*** [***dpo@agglodebrive.fr***](mailto:dpo@agglodebrive.fr) ***ou un courrier à :***

***Délégué à la protection des données***

***Communauté d’Agglomération de Brive – Ville de Brive***

***Avenue Léo Lagrange***

***19100 BRIVE***

***Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l’Informatique et des Libertés (plus d’informations sur*** [***www.cnil.fr***](http://www.cnil.fr)***).***

**Je déclare** avoir pris connaissance des mentions légales d’informations ci-dessus et accepter la collecte de mes données.

## Je déclare avoir pris connaissance des conditions d’inscription et de fonctionnement et accepter le règlement intérieur des différentes structures.

**Je certifie** être informé(e) que, en cas d'urgence, les services de secours seront contactés et que des mesures pourront être prises, y compris l’hospitalisation.

**J'atteste** sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus et je m’engage à signaler toute modification, notamment un changement d’adresse, de téléphone, ou de situation familiale.

**Fait à Le**

## Signature obligatoire du ou des représentants légaux