

### AUTORISATION DE DONNEES

CAF 33

CAF 24

MSA 33

MSA 24

Madame, Monsieur,

Pour faciliter vos démarches administratives et permettre à la Communauté de Communes du Pays Foyen de calculer les tarifs des structures enfance et jeunesse de 0 à 17 ans en tenant compte de votre quotient familial, les Caisses d'Allocations Familiales de la Gironde et de la Dordogne et ainsi que la Mutualité Sociale Agricole de la Gironde et de la Dordogne/Lot et Garonne mettent à la disposition de Communauté de Communes du Pays Foyen un service internet.

Conformément à la loi du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ce dernier nous permet de consulter directement et uniquement les éléments de votre dossier d'Allocations Familiales nécessaire au calcul de votre participation financière.

Je soussigné(e) : .....

Responsable de(s)enfant(s) : .....

Autorise la Communauté de Communes du Pays Foyen à utiliser le service internet de la Caisse d'Allocations Familiales.

Nom de l'allocataire référent : .....

Numéro allocataire CAF : .....

Numéro Sécurité Sociale MSA : .....

N'autorise pas la Communauté de Communes du Pays Foyen à utiliser le service internet de la Caisse d'Allocations Familiales. Je m'engage à vous transmettre l'avis d'imposition de l'année concernée ou une attestation de la CAF datée de ce mois-ci mentionnant mon quotient familial CAF.

Date et signature des parents

Communauté de Communes  
du Pays Foyen



**AUTORISATION DE PRISE DE VUE ET D'UTILISATION DES IMAGES D'UN MINEUR**

Je/nous soussigné(e)s (noms et prénoms) : .....

Demeurant : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Agissant en qualité de représentant(s) légal(aux) de l'enfant : .....

**Autorise/autorisons la Communauté de Communes du Pays Foyen, conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, à :**

- Procéder à des prises de vue ou des enregistrements audiovisuels de mon/notre enfant lors d'activités en structures d'accueil ou autres manifestations organisées par la CdC du Pays Foyen.
- Diffuser et/ou publier les images captées, fixées et enregistrées sur tous supports d'information ou de communication, imprimés ou numériques.
- Diffuser et/ou publier les images captées, fixées et enregistrées sur les réseaux sociaux (Facebook, Instagram...).

*Les images filmées et/ou enregistrées pourront être exploitées et utilisées pendant une période maximale de 10 ans, intégralement ou par extraits. La CdC du Pays Foyen s'interdit de procéder à une exploitation commerciale de l'enregistrement de l'image. L'enregistrement ne pourra donner lieu à aucune rémunération ou contrepartie sous quelque forme que ce soit.*

**N'autorise/n'autorisons pas la Communauté de Communes du Pays Foyen à photographier et/ou filmer mon/notre enfant.**

Fait le : .....

À : .....

Signature du ou des représentant(s) légal(aux)

## AUTORISATION DE PRELEVEMENT SEPA

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN à l'adresse suivante

**Communauté de Communes du Pays Foyen**  
**BP 74, 2 Avenue Georges Clémenceau**  
**33220 PINEUILH**

### Autorisation de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire d'autorisation de prélèvement, vous autorisez la **Communauté de Communes du Pays Foyen** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **Communauté de Communes du Pays Foyen**.  
*Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

**Paiement : Récurrent**

#### Titulaire du compte à débiter

Nom Prénom : (\*) \_\_\_\_\_

Adresse : (\*) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal : (\*) \_\_\_\_\_

Ville : (\*) \_\_\_\_\_

Pays : FRANCE

**Identifiant Créancier SEPA : FR94ZZZ570521**

Nom : **Communauté de Communes du Pays Foyen**

Adresse : **BP74 2 Avenue Georges Clémenceau**

Code postal : **33220**

Ville : **PINEUILH**

Pays : **FRANCE**

BIC

IBAN

**Veillez compléter tous les champs (\*), joindre un RIB, puis adresser l'ensemble au créancier**

Le (\*) :

A (\*) : .....

Signature (\*) :

*Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client.  
Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.*