

INSCRIPTION

ANNÉE SCOLAIRE
2022/2023

EVEIL 1 / EVEIL 2

Les dossiers seront traités et enregistrés par ordre d'arrivée à partir du Lundi 27 Juin à 14h00 et acceptés dans la limite des places disponibles

* **Responsable 1** : M. Mme Marié(e) Divorcé(e) Célibataire Veuf/Veuve Autre

NOM/Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : Commune _____

* **Responsable 2** : M. Mme Marié(e) Divorcé(e) Célibataire Veuf/Veuve Autre

NOM/Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : Commune _____

	Responsable 1	Responsable 2
Téléphone domicile		
Téléphone professionnel		
Portable**		
E-mail*		
Profession (ou catégorie prof)		
Assurance – n° contrat		

* l'indication de l'adresse électronique permettra de recevoir toutes les informations de la vie scolaire ainsi que les manifestations organisées par le Conservatoire Henri Duparc. **Merci d'indiquer clairement votre adresse mail.**

NOM de l'élève : _____ Prénom : _____

Date de naissance : / / Age _____ Lieu de naissance : _____

Etablissement scolaire **2022/2023** : _____

Niveau scolaire : _____

Niveau Moyenne section **Eveil 1 (4 ans)**

Grande section **Eveil 2 (5 ans)**

Réservé à l'administration

- Avis d'imposition 2021 (revenus 2020)
- Autorisation de soins
- Autorisation de prélèvements
- RIB obligatoire
- Droit à l'image

Réservé à l'administration

RFR _____ Nbre de part _____ Tranche _____

Règlement : Numéraire Chèque Prélèvement
 PayFip Chèques vacances CE Alstom etc.

- 2^{ème} membre inscrit - 25 % sur le tarif le moins élevé
- 3^{ème} membre inscrit - 50 % sur le tarif le moins élevé
- 4^{ème} membre inscrit - gratuité sur le tarif le moins élevé

Pièces à joindre obligatoirement au dossier pour prise en compte de l'inscription :

- une copie de l'avis d'imposition 2021 (pour les revenus 2020)
faisant apparaître le revenu fiscal de référence et le nombre de part
- Annexe 1 - Autorisation de prélèvement dûment remplie et signée (si prélèvement mensuel)
sauf si les **Frais d'Inscription sont inférieurs à 100 euros**
- un Relevé d'Identité Bancaire (si prélèvement mensuel)
- Annexe 2 - Autorisation de captation et de diffusion image/voix

Date de dépôt du dossier

Du Lundi 27/06/2022 au Vendredi 08/07/2022 et du Mercredi 31/08/2022 au Vendredi 09/09/2022

** le CHD de la Communauté d'Agglomération Tarbes-Lourdes-Pyrénées dégage toute responsabilité en cas de non réception d'un dossier suite à un envoi postal.*

L'inscription ne sera validée qu'à réception des pièces annexes obligatoires demandées

Les données collectées ci-dessus ont pour finalité la gestion des inscriptions et la facturation des cours. Elles servent également à l'établissement du dossier pédagogique des élèves.

Le traitement ainsi constitué est nécessaire à une mission d'intérêt public dont est investi le Conservatoire. Les données personnelles collectées sont destinées aux enseignants ainsi qu'au personnel administratif du conservatoire. Elles sont également enregistrées dans le logiciel Imuse de la société SAIGA. Les dossiers sont conservés 10 ans.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur vos données ainsi que d'un droit à la limitation du traitement de ces mêmes données.

Pour exercer ces droits, vous pouvez saisir les services du conservatoire en adressant un mail à conservatoire.hduparc@agglo-tp.fr ou son délégué à la protection des données (dpd65@cdg65.fr). Si après nous avoir contacté vous estimez que vos droits "informatique et libertés" n'ont pas été respectés, vous pouvez déposer une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr).

M. Mme NOM : Prénom :

atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés dans ce dossier, déclare avoir pris connaissance et accepte :
le règlement intérieur ainsi que les tarifs et conditions de paiement en annexe.

Lu et Approuvé

Fait à,

le

Signature



AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE AIGUE
--

FICHE INDISPENSABLE POUR TOUTE ADMISSION DANS L'ÉTABLISSEMENT DE SOINS

ENFANT ou ADULTE DPAM :

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ___ / ___ / _____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

En cas d'accident ou de maladie aiguë, en fonction des soins nécessaires, le responsable du C.H.D. fera appel :

* soit à votre médecin traitant

* soit au SAMU (Tél : 15)

Et vous préviendra le plus rapidement possible.

Pour cela, merci de préciser les renseignements suivants :*** Numéro de téléphone ou vous pouvez être joint rapidement :**

 Père : _____	 Mère : _____
---	--

*** Numéro de téléphone d'un membre de la famille, d'un voisin, d'un ami :**

 _____	NOM/prénom : _____
--	--------------------

 _____	NOM/prénom : _____
--	--------------------

 _____	NOM/prénom : _____
--	--------------------

Médecin traitant : _____	
--------------------------	---

Adresse : _____

Etablissement de soins choisi :

<input type="checkbox"/> Hôpital _____	<input type="checkbox"/> Clinique _____
--	---

Je soussigné(e) : Madame _____

Monsieur _____

* autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale et anesthésie nécessaire.

* autorise le responsable de l'établissement (CHD) à demander l'admission en établissement de soins.

NB : un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Date : ___ / ___ / 2022

Signature du père, de la mère
Ou du responsable légal