

FAMILLE

| | Responsable légal 1 | Responsable légal 2 |
|---------------------|---------------------|---------------------|
| Nom | | |
| Prénom | | |
| Date de naissance | | |
| Adresse | | |
| Code postal | | |
| Ville | | |
| Adresse email | | |
| Numéro de téléphone | | |
| Situation familiale | | |
| N° sécurité sociale | | |
| N°CAF ou MSA | | |
| Profession | | |
| Employeur | | |
| Code postal | | |
| Ville | | |

J'autorise la commune à utiliser mes coordonnées (téléphone + mail) pour m'informer en cas d'évènement. Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur le dossier d'inscription.

Date : / /

Signature des parents :

FICHE ENFANT 1 FICHE PAR ENFANT

| | |
|--------------------------|--|
| NOM | |
| PRENOM | |
| SEXE | |
| DATE DE NAISSANCE | |
| ETABLISSEMENT | |
| CLASSE | |

AUTORISATIONS

Je soussigné(e)

Autorise N'autorise pas

Le personnel de la cantine à photographier et à filmer mon enfant dans le cadre des activités de la structure. J'accepte la diffusion des images sur les supports de communication de la commune.

Autorise N'autorise pas

En cas d'urgence, je souhaite que mon enfant soit conduit dans la mesure du possible dans un hôpital ou une clinique.

INSCRIPTION A L'ANNEE / DEMI-PENSIONNAIRE

| LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI |
|-------|-------|----------|-------|----------|
| | | | | |

ATTENTION !! Si vous choisissez d'inscrire votre enfant en cours d'année, il vous faudra remplir un dossier d'inscription et le déposer à l'accueil de la Mairie au plus tard 7 jours avant la date de démarrage de la prestation.

Cochez les jours de présence de votre enfant (fixes et définitifs pendant toute l'année scolaire).

Prix du repas/jour : 3.50 €

ACCEPTATION DU REGLEMENT CANTINE

Je soussigné(e), M. Mme..... responsable de l'enfant

Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur remis avec ce dossier.

A, le

Signature :

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur la fiche individuelle enfant.

FACTURATION

Vous recevrez tous les mois une facture. Elle sera détaillée par enfant (si fratrie) conformément à la fiche d'inscription remplie et mise à jour en fonction des absences et/ou éventuellement des repas supplémentaires pris par l'enfant. La première facture vous sera adressée en octobre.

Choix du moyen de paiement :

| CHEQUE | VIREMENT | PAYFIP | PRELEVEMENT AUTOMATIQUE |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|
| Trésorerie de Caussade | Trésorerie de Caussade | Trésorerie de Caussade | Joindre un RIB Compléter ET Signer le mandat de prélèvement |

Attestation de prise en charge financière :

à remplir par le parent qui prend à sa charge les factures

Je soussigné(e)..... agissant en qualité de :

Père Mère,

M'engage à prendre en charge le paiement des factures des services de restauration scolaire de la commune d'Albias.

Adresse de facturation :

Mail : @

Téléphone :

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurants ci-dessus et m'engage à signaler tout changement de situation financière, familiale, de domicile ou coordonnées téléphoniques, en cours d'année.

Date :

Signature :

| | | MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA | | | | | | | | | | | | Nom du créancier et logo | |
|---|--|--|--|--|--|---|--|------------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--|
| Référence unique du mandat | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) <i>Trésor Public</i> à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de <i>Trésor Public</i>.</p> <p>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.</p> <p><i>Veillez compléter les champs marqués *</i></p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| Votre Nom | | * | | | | | | | | | | | | | |
| | | <i>Nom / Prénoms du débiteur</i> | | | | | | | | | | | | | |
| Votre adresse | | * | | | | | | | | | | | | | |
| | | <i>Numéro et nom de la rue</i> | | | | | | | | | | | | | |
| | | * | | | | | | * | | | | | | | |
| | | <i>Code Postal</i> | | | | | | <i>Ville</i> | | | | | | | |
| | | FRANCE | | | | | | | | | | | | | |
| | | <i>Pays</i> | | | | | | | | | | | | | |
| Les coordonnées de votre compte | | * | | | | | | | | | | | | | |
| | | <i>Numéro d'identification internationale du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)</i> | | | | | | | | | | | | | |
| Nom du créancier | | * | | | | | | | | | | | | | |
| | | <i>Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)</i> | | | | | | | | | | | | | |
| | | Trésor Public | | | | | | | | | | | | | |
| | | <i>Nom du créancier</i> | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse du créancier | | * | | | | | | | | | | | | | |
| | | <i>Identifiant créancier IBAN</i> | | | | | | | | | | | | | |
| | | 9, rue du Raymond-Duclos | | | | | | | | | | | | | |
| | | <i>Numéro et nom de la rue</i> | | | | | | | | | | | | | |
| | | CAUSSADE | | | | | | | | | | | | | |
| | | <i>Code Postal</i> | | | | | | <i>Ville</i> | | | | | | | |
| | | FRANCE | | | | | | | | | | | | | |
| | | <i>Pays</i> | | | | | | | | | | | | | |
| Type de Paiement | | * Paiement récurrent / répétitif | | | | | | Paiement ponctuel | | | | | | | |
| Signé à | | * | | | | | | | | | | | | | |
| | | <i>Lieu</i> | | | | | | <i>Date : JJ / MM / AAAA</i> | | | | | | | |
| Signature(s) | | *Veillez signer ici | | | | | | | | | | | | | |
| | | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| Code identifiant du débiteur | | * | | | | | | | | | | | | | |
| | | <i>Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque</i> | | | | | | | | | | | | | |
| Tiers débiteur pour le compte dont le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même) | | * | | | | | | | | | | | | | |
| | | <i>Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre le Trésor Public et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.</i> | | | | | | | | | | | | | |
| | | <i>Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.</i> | | | | | | | | | | | | | |
| | | * | | | | | | | | | | | | | |
| | | <i>Code identifiant du tiers débiteur</i> | | | | | | | | | | | | | |
| Tiers créancier | | * | | | | | | | | | | | | | |
| | | <i>Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.</i> | | | | | | | | | | | | | |
| | | * | | | | | | | | | | | | | |
| | | <i>Code identifiant du tiers créancier</i> | | | | | | | | | | | | | |
| Contrat concerné | | * | | | | | | | | | | | | | |
| | | <i>Numéro d'identification du contrat</i> | | | | | | | | | | | | | |
| | | * | | | | | | | | | | | | | |
| | | <i>Description du contrat</i> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>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'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| A retourner à: | | | | | | Zone réservée à l'usage exclusif du créancier | | | | | | | | | |