

INSCRIPTION

A COMPLETER



FICHE 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 dans le cadre des activités de restauration scolaire. 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	
ETABLISSEMENT	
CLASSE	

AUTORISATIONS

Je soussigné(e)

Autorise N'autorise pas

Le personnel de la cantine à filmer, photographier et à publier sur tous les supports de communication de la commune d'ALBIAS, les photos et vidéos de mon enfant dans le cadre des activités de restauration scolaire.

Autorise N'autorise pas

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

INSCRIPTION A L'ANNEE / DEMI-PENSONNAIRE

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

Prix du repas/jour : 2.80€ + 0.25€ reversés à la communauté de communes (temps ALAE)

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, par voie postale, une facture correspondant à l'inscription. 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 début octobre.

Choix du moyen de paiement :

CHEQUE	Virement bancaire	PAYFIT	Prélèvement 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) Trésor Public à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Trésor Public.</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>											
Les coordonnées de votre compte		FRANCE																					
		<i>Pays</i>																					
Nom du créancier		* Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (<i>International Bank Account Number</i>)																					
		*																					
		<i>Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)</i>																					
Adresse du créancier		Trésor Public																					
		<i>Nom du créancier</i>																					
		<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		*																					
Signature(s)		<i>Lieu</i>										<i>Date : JJ / MM / AAAA</i>											
		*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											