



DOSSIER D'INSCRIPTION 2024/2025

Restaurant scolaire, Accueil périscolaire

Documents obligatoires à fournir pour l'inscription de votre (vos) enfant (s)

- Fiche enfant renseignée ou corrigée
- Copie des vaccins (obligatoire)
- Attestation d'assurance (obligatoire)
- Fiche famille (à renseigner) pour facturation, Quotient
- Attestation CAF ou MSA (quotient)
- RIB (prélèvement) si besoin

Nous soussignés (*)

Responsables légaux de l'enfant (*)

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- nous nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

ALe

Signature

Fiche du responsable (1) famille destinataire des factures

Nom :

Prénom :

Tél :

E-mail :



Information importante :

La facture mensuelle regroupera l'accueil périscolaire et la restauration scolaire.

Pas de possibilité de faire un choix différent pour le règlement entre l'accueil périscolaire et la restauration scolaire.

Souhaitez-vous un règlement par prélèvement pour la restauration scolaire et l'accueil périscolaire
oui - non (*entourez votre réponse*)

Merci de joindre un RIB afin de préparer le mandat.

Vous pouvez compléter le mandat de prélèvement vierge qui est sur le site de la mairie, ou en faire la demande au contact ci-dessous.

Si un RIB a été fourni l'année précédente pas besoin de le fournir de nouveau cette année, sauf si changement de banque.

Attestation de quotient familial

Nom – Prénom (*si le nom d'allocataire est différent*) :

Numéro allocataire CAF ou MSA :

Montant du quotient :

Merci de joindre l'attestation du quotient familial

Si manquement de l'attestation, le tarif maximum sera appliqué.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat : OFR24ZZZ5434572107202310162229401

Type de contrat : Prélèvement enfance

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez MAIRIE DE VAIR SUR LOIRE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MAIRIE DE VAIR SUR LOIRE.

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.
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR24ZZZ543457

TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

CREANCIER

Nom - Prénom :

Nom : MAIRIE DE VAIR SUR LOIRE

Adresse :

Adresse : 4 Rue de la boule d'or

Code Postal :

Code Postal : 44150

Ville :

Ville : VAIR SUR LOIRE

Pays :

Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

Identification internationale (IBAN) :

Identification internationale de la banque (BIC) :

Type de paiement : Paiement récurrent

Signé à :

Signature

Le :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT)

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par MAIRIE DE VAIR SUR LOIRE. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec MAIRIE DE VAIR SUR LOIRE.

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'opposition, 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.



FICHE D'INSCRIPTION 2024-2025 ACCUEIL PERISCOLAIRE

Ecole :

NOM	Prénom	Classe	Occasionnel	Régulier	LUNDI			MARDI			JEUDI			VENDREDI			Mensuel (à remplir sur le portail famille)	Semaine Paire	Semaine Impaire
					Petit déjeuner	Matin	Après-midi	Petit déjeuner	Matin	Après-midi	Petit déjeuner	Matin	Après-midi	Petit déjeuner	Matin	Après-midi			

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Heures d'arrivée le matin				
Heures de départ le soir				

Pour le planning mensuel du mois de septembre 2024 les demandes d'inscriptions doivent être faites sur le portail famille avant le 23 Août 2024



FICHE D'INSCRIPTION 2024-2025 Restauration scolaire


Ecole :

NOM	Prénom	Classe	Occasionnel	Régulier	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI	Mensuel (à remplir sur votre portail famille)	Semaine Paire	Semaine Impaire

Pour le planning mensuel du mois de septembre 2024 les demandes d'inscriptions doivent être faites sur le portail famille avant le 23 Août 2024

FICHE D'INSCRIPTION

2024-2025

ENFANT	
Identité	Photo (*)
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
A :	
Email :	
Tel :	

* A fournir si manquant.

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Num :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance : :	Date de naissance : :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

PERSONNES A CONTACTER

Contacts existants

Nouveaux contacts			
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Autorisations	Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Handicap	Réponse
Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON

Données complémentaires	
Garde alternée :	--- / oui / non

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

Merci de fournir la photocopie des documents à jour suivants :

- Attestation d'assurance scolaire-périscolaire
- Attestation quotient CAF ou MSA
- Copie des vaccins

ATTESTATION

Nous soussignés (*)

Responsables légaux de l'enfant (*)

- Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- Autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- Attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

* A remplir obligatoirement