

Le 22/05/2018

**INSCRIPTION 2018-2019**

**RESTAURANT SCOLAIRE**

**ACCUEIL PERISCOLAIRE école Guy de Maupassant (APS)**

**ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT (ALSH)**

Madame, Monsieur,

Je vous remercie de prendre note des permanences d'inscription pour l'année scolaire 2018-2019. Celles-ci se dérouleront à Planète Mars, situé Mont Jarrie.

Mercredi 13 juin	de 17h à 19h30
Samedi 16 juin	de 9h à 12h



**Toute inscription qui sera faite après le 16 juin ne prendra effet qu'à la rentrée des vacances de la Toussaint sauf pour les nouveaux arrivants**

Pièces à fournir :

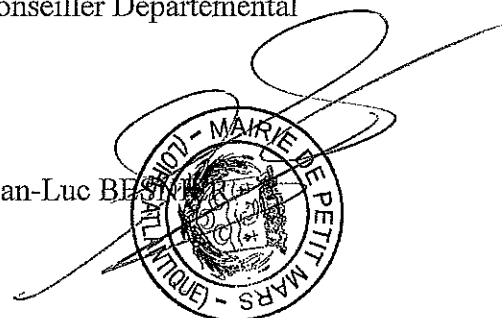
- La fiche d'inscription complétée pour chaque enfant.
- Pour les prélèvements : mandat SEPA et RIB
- Un justificatif CAF de quotient familial

Comptant sur votre présence,

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

Le Maire,  
Conseiller Départemental

Jean-Luc BESIN



A conserver :

Echéancier des prélèvements automatiques au dos.

# INFORMATIONS GENERALES SUR LE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

A Petit-Mars, le 26 Mars 2018

Madame, Monsieur,

Pour faciliter les démarches administratives, la mairie de Petit Mars vous propose de prélever sur votre compte bancaire ou postal, les frais relatifs à **la halte d'enfants, l'accueil périscolaire, l'ALSH et le restaurant scolaire.**

Pour les familles qui n'ont pas choisi le prélèvement automatique, le paiement est à adresser au Trésor public de Nort-sur-Erdre. **Aucun paiement ne sera accepté en mairie ou dans les structures concernées.**

## PAIEMENT : AVIS D'ECHEANCES

Mois facturé	Date de prélèvement
Septembre 2018	Vendredi 26 octobre 2018
Octobre 2018	Vendredi 23 novembre 2018
Novembre 2018	Vendredi 21 décembre 2018
Décembre 2018	Vendredi 25 janvier 2019
Janvier 2019	Vendredi 22 février 2019
Février 2019	Vendredi 22 mars 2019
Mars 2019	Vendredi 26 avril 2019
Avril 2019	Vendredi 24 mai 2019
Mai 2019	Vendredi 21 juin 2019
Juin 2019	Vendredi 26 juillet 2019
Juillet 2019	Vendredi 27 septembre 2019
Août 2019	Vendredi 27 septembre 2019

- **Modification du contrat :** toute modification en cours d'année (adresse, titulaire du compte, nouveau numéro de compte, changement de banque...), ou résiliation du contrat doit être signalé au plus tard le 15 du mois pour être effective le mois suivant. Dans le cas de modification, un nouvel imprimé d'autorisation de prélèvement doit être rempli, accompagné d'un RIB ou RIP.
- **Aux familles qui n'ont pas choisi le prélèvement automatique :** ce mode de paiement peut être adopté en cours d'année. Il suffit de compléter un imprimé « autorisation de prélèvement » et de le retourner accompagné d'un RIB ou RIP.

# FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION 2018/2019

RESTAURANT SCOLAIRE  
ACCUEIL PERISCOLAIRE GUY DE MAUPASSANT (APS)  
ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT (ALSH)  
PLANETE MARS

Code Monétique
Date de la Saisie

## RENSEIGNEMENTS ( à remplir en lettres majuscules)

Nom de l'enfant : ..... Prénom de l'enfant : .....  
Date de naissance : ..... Ecole fréquentée : .....

Classe fréquentée à partir de septembre 2018 : ..... e-mail : .....

Nom, Prénom du payeur (ou titulaire de compte) : .....

**Choix du Réglement**

par Chèque

par prélèvement

**Fournir : Mandat SEPA + RIB**

Adresse de facturation: .....

Téléphone FIXE : ..... Portable du père : .....

Portable de la mère : .....

Nom, Prénom du Père : .....

Téléphone du travail : .....

Nom, Prénom de la mère : .....

Téléphone du travail : .....

Nom et Prénom de l'allocataire : ..... N° Allocataire (CAF / MSA) obligatoire: .....

Quotient Familial Obligatoire: .....

**Fournir justificatif CAF**

Autre régime :

QUOTIENT CAF
T

## VACCINATION ET SANTÉ

D.T Polio le : ..... Allergies : .....

Observations particulières sur l'état de santé de l'enfant :

Intolérances alimentaires :

P.A.I :

## DÉCHARGE MÉDICALE

J'autorise le personnel municipal, à prendre toutes les mesures nécessaires envers mon enfant en cas d'urgence médicale ( soins médicaux, chirurgicaux, d'anesthésie, transports médicaux).

Nom du médecin traitant : ..... téléphone : .....

Commune : .....

UTILISATION DU SERVICE CDAP

Nous vous informons qu'une convention de service pour la consultation d'informations de la base allocataire a été signée entre la CAF et la Mairie de Petit Mars . Les informations délivrées par CDAP sont strictement confidentielles,

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

J'atteste sur l'honneur que mon enfant est bien assuré en responsabilité civile.

PHOTO

Nous vous informons que des photos de votre enfant peuvent être prises. Certaines d'entre elles peuvent être présentées à Planète Mars, lors des forums, sur le bulletin municipal, sur le site internet de la mairie, sur des rapports de stage...

J'autorise le personnel à diffuser la photo de mon enfant en dehors de toute exploitation commerciale et pour une durée indéterminée  
 Je n'autorise pas

AUTORISATION DE REPRISE DE L'ENFANT EN DEHORS DES PARENTS

J'autorise mon enfant à rentrer seul de Planète Mars dans le cadre de l'ALSH  
 Je n'autorise pas

J'autorise les personnes nommées ci-dessous à amener et (ou) à reprendre mon enfant, au plus tard, à l'heure de fermeture

Personnes autorisées (à remplir en lettres majuscules) :

NOM et prénom : .....  
Lien avec l'enfant : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....  
Portable : .....  
NOM et prénom : .....  
Lien avec l'enfant : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....  
Portable : .....

REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

J'atteste avoir pris connaissance des règlements Intérieurs et d'en accepter les termes

- RESTAURANT SCOLAIRE
- ACCUEIL PERISCOLAIRE (APS)
- ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT (ALSH)

Les différents règlements intérieurs sont également à consulter sur le site internet

Fait à : Le : Signature :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

LOGO

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) (NOM DU CREANCIER) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de (NOM DU CREANCIER).

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.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veillez compléter les champs marqués \*

Votre Nom

\* .....  
Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse

\* .....

Numéro et nom de la rue

\* .....\*

Code Postal Ville

\* .....

Pays

Les coordonnées  
\*  
de votre compte

.....

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

\* .....

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier

**Mairie de Petit-Mars**

2 1 4 4 0 1 2 2 6 0 0 0 1 1

Identifiant créancier SEPA

**Boulevard Saint Laurent**

4 4 3 9 0 **Petit -Mars**

**FRANCE**

Type de Paiement

Paiement récurrent / répétitif

Paiement ponctuel

Signé à

\* ..... [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Lieu

Date JJ MM AAAA

Signature(s)

Veillez signer ici

.....

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque

