

ENFANT :

NOM.....
Prénom..... ☐ masculin ☐ féminin
Date de naissance...../...../..... Lieu de naissance.....
Adresse :.....
.....

RESPONSABLES LEGAUX N° allocataire CAF :..... ☐ père ☐ mère

Situation des parents : ☐ mariés, pacsés ☐ en concubinage ☐ divorcés, séparés ☐ veuf

Père :

NOM, Prénom.....
Adresse (si différente de celle de l'enfant).....
.....
Téléphones : domicile...../...../...../...../..... Portable...../...../...../...../..... Travail...../...../...../...../.....
Adresse @mail :.....@.....
Nom et adresse de l'employeur.....
.....

Mère :

NOM, Prénom.....
Adresse (si différente de celle de l'enfant).....
.....
Téléphones : domicile...../...../...../...../..... Portable...../...../...../...../..... Travail...../...../...../...../.....
Adresse @mail :.....@.....
Nom et adresse de l'employeur.....
.....

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autres que les parents)

Nom, Prénom	Lien avec la famille	Téléphone

INFORMATIONS MEDICALES

Médecin traitant : (Nom, Adresse, téléphone).....
.....
.....
Observations particulières : (port de lunettes, appareil auditif, allergies ou affections nécessitant un PAI...)
.....
.....

RESTAURATION SCOLAIRE

- La restauration scolaire fonctionne les jours d’école : lundi, mardi, jeudi, vendredi.
- La facturation de ce service est mensuelle et **dématérialisée**. Il est impératif de créer un compte sur le portail famille pour accéder aux factures. Début septembre, un mail vous sera adressé, vous indiquant les modalités d’accès à ce portail.
- Chaque facture correspond à la restauration scolaire du mois écoulé.
- Le tarif en vigueur est de 3.55€ par repas. Ce tarif unique est susceptible d’être modifié par délibération du Conseil Municipal.
- Modalités de paiement : Carte bancaire en ligne via le site sécurisé de la DGFIP ou prélèvement automatique. Le prélèvement est fait par le SGC Castres le 15 du mois.

AUTORISATIONS

Je soussigné(é)....., responsable légal de l’enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise :

- ☐ Le personnel de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant selon les prescriptions du corps médical consulté.
- ☐ L'hospitalisation de mon enfant.
- ☐ Le médecin à pratiquer en urgence les soins nécessaires (anesthésie, chirurgie...)
- ☐ Que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des activités de la structure.
- ☐ La publication des images de mon enfant (photos ou vidéos) sur les sites internet, bulletins d’informations, calendriers de la structure et de la collectivité à laquelle elle est rattachée. Sur internet, il ne sera mentionné aucun renseignement permettant d’identifier l'enfant.
- ☐ L’utilisation de mon adresse mail pour l’envoi d’informations concernant les services municipaux fréquentés par mon enfant.
- ☐ L’utilisation de mon adresse mail pour l’envoi d’informations concernant les manifestations et animations organisées par la Mairie.

Fait à Cénac, le..... Signature du représentant légal :

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- Justificatif de domicile
- Attestation d’assurance responsabilité civile **et** individuelle accident
- Copie des pages « vaccination » du carnet de santé
- Copie du livret de famille (toutes les pages)
- En cas de changement d’école : certificat de radiation de l’ancien établissement.
- RIB et Mandat de prélèvement SEPA si choix du prélèvement automatique
- Si parents déparés : attestation sur l’honneur du 2eme parent donnant son accord à la scolarisation de son enfant à Cénac.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la MAIRIE DE CENAC à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la MAIRIE DE CENAC

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.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 44 ZZZ 656393

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :
Adresse :

Code postal :
Ville :
Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : MAIRIE DE CENAC

Adresse : 50 AVENUE DE BORDEAUX

Code postal : 33360
Ville : CENAC
Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif Y
Paiement ponctuel Y

Signé à :
Le (/ /20) :

Signature :

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 LA MAIRIE DE CENAC. 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 LA MAIRIE DE CENAC

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.