


Nom de l'enfant ..... Prénom .....  
Date de naissance ..... Classe : .....  
Adresse et Ville .....  
.....


N° CAF (obligatoire) : ..... ALLERGIE ALIMENTAIRE : OUI - NON (Si oui, fournir obligatoirement le PAI)

Parent : facturation Père : ..... ou  Mère (date de naissance à renseigner impérativement)

**Père** : Date de naissance : ..... Nom ..... Prénom : .....

 : Domicile ..... Portable ..... Mail : .....  
(impératif pour envoi des factures)

**Mère** : Date de naissance : ..... Nom ..... Prénom : .....

 : Domicile ..... Portable ..... Mail : .....  
(impératif pour envoi des factures)

**Personnes majeures à prévenir en cas d'urgence**

et autorisées à venir chercher l'enfant autre que les parents entre 12h et 13h30 (cantine)

Nom et Prénom	Qualité (tante, ami, voisin)	N° Téléphone

**Inscription de mon enfant**

**Mon enfant fréquentera**

- toute l'année
- uniquement certains jours de la semaine
- occasionnellement

**Mon enfant sera présent :**

Le jour de la rentrée

La cantine 11h45 à 13h15
<input type="checkbox"/>
Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

**Quotient familial/Tarifcation à 1€**

- transmet une attestation CAF ou MSA
- ne souhaite pas transmettre une attestation CAF ou MSA de quotient familial et de fait le tarif maximal me sera donc appliqué.

**La commande ou l'annulation de repas s'effectue la veille avant 10h00 (le vendredi avant 10h pour repas du lundi) AUPRES DE MME LANGLOIS AU 02.35.39.00.88**

**L'annulation le jour même entraîne la facturation du repas.**

Fait à : ..... le :

Votre signature :

**MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA**  
Référence unique de mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Commune à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et CIC votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de :

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 3 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER  
SEPA

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER
Nom, prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER
Nom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Pays :

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER	
IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)	IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement :	Paiement récurrent/répétitif <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signé à :

Signature :

Le (JJ/MM/AAAA) :

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 Commune de . 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 :

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°73-17 du 6 janvier 1973 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.