

RESTAURATION SCOLAIRE - Fiche d'inscription

Cantine à compter du

L'ENFANT

Nom

Date de naissance

Prénom

Sexe M F

Nom de l'école

Classe

RESERVATION REPAS

L'inscription se fait le **LUNDI : 8h-12h et 13h30-17h30 //15 JOURS AVANT** au 05.65.43.87.04

Votre enfant prendra-t-il ses repas à des jours fixes ¹ (demi-pension)? OUI NON

Si oui précisez lesquels lundi mardi jeudi vendredi

Votre enfant prendra-t-il ses repas de manière irrégulière? OUI NON

Le mercredi, votre enfant fréquentera le centre de loisirs et mangera à la cantine OUI NON

¹En cas de régime demi-pensionnaire, les responsables légaux de l'enfant acceptent le prélèvement automatique

FACTURATION DES REPAS : indiquez nom prénom et adresse

.....
.....
.....

PERSONNES A CONTACTER ET AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom et Prénom	Lien	Date naissance	Téléphone	adresse mail
	resp 1			
	resp 2			

INFORMATIONS EVENTUELLES

Régime sans porc OUI NON

En cas d'allergies alimentaires : aliments interdits selon avis médical joint ²

.....
.....
.....

EN CAS DE PROBLEME DE SANTE OU ACCIDENT

Je soussigné, autorise le personnel encadrant, en cas de problème de santé ou d'accident à appeler un médecin ou à faire procéder à un transport à l'hôpital,

Fait à le

Signature des responsables légaux

² Si votre enfant souffre d'allergies alimentaires ou que votre médecin préconise des aménagements à la cantine scolaire pour un problème de santé, des médicaments à administrer en cas d'urgence, un projet d'accueil individualisé (PAI) devra être réalisé avec le médecin scolaire. Vous devez lui fournir un bilan allergologique ou un bilan médical en début d'année scolaire. Centre médico scolaire: 05.65.43.17.44

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Restauration Scolaire

Type de contrat : Prélèvement enfance

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez RESTAURATION SCOLAIRE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de RESTAURATION SCOLAIRE.

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

FR78ZZZZ209872

TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

CREANCIER

Nom - Prénom :

Nom : RESTAURATION SCOLAIRE

Adresse :

Adresse : MAIRIE DE DECAZEVILLE

Code Postal :

Code Postal : 12300

Ville :

Ville : TEL 05 65 43 87 04

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 :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Périscolaire

Type de contrat : Prélèvement enfance

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

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

FR84ZZZ583505

TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

CREANCIER

Nom - Prénom :

Nom : PERISCOLAIRE

Adresse :

Adresse : MAIRIE DE DECAZEVILLE

Code Postal :

Code Postal : 12300

Ville :

Ville : TEL 05 65 43 87 04

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)

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 :

Nom du tiers débiteur :

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

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 RESTAURATION SCOLAIRE. 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 RESTAURATION SCOLAIRE.

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par PERISCOLAIRE. 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 PERISCOLAIRE.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées 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.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées 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.