

BELHOMERT-GUÉHOVILLE

MAIRIE :

☎ 02.37.37.01.18

💻 mairie.belhomert@wanadoo.fr

SIVOM :

☎ 02.37.37.05.76

💻 sivom.belhomert.st.maurice@wanadoo.fr

INSCRIPTION ANNUELLE A LA CANTINE ET A LA GARDERIE ANNÉE 2015 - 2016

A retourner dès que possible. Merci de votre compréhension.

Nom et prénom du tuteur légal.....

Adresse.....

Téléphone.....

Inscrit pour l'année scolaire 2015 - 2016 l'(les) enfant(s) suivant(s) :

A la cantine

A la garderie

Nom	Prénom	Date de naissance	Classe

L'enfant ira à la garderie : le matin le soir

Règlement Cantine : prélèvement (fournir un RIB) chèque

Règlement Garderie : chèque ou espèces

Personne habilitée à venir chercher l'enfant à la garderie :

- N° :

- N° :

- N° :

Personnes à contacter en cas d'urgence : *en dehors des parents*

Noms et Prénoms	Lien avec l'enfant	N° Portable	N° Domicile	N° Travail

Tournez svp →

Médecin traitant : Téléphone :

Allergie (s) :

Traitement :

- Documents à joindre :**
- copie de l'attestation d'assurance extra-scolaire 2015-2016.
 - Si prélèvement cantine : fournir un RIB et l'autorisation de prélèvement ci- dessous complétée et signée.


AUTORISATIONS PARENTALES :

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant.....,

- autorise la commune de Belhomert ou le Sivom de Belhomert-St Maurice à prendre toutes les mesures utiles en cas d'accident à la cantine ou à l'accueil périscolaire, y compris le transport en ambulance et l'hospitalisation en urgence.
- autorise, en mon absence les personnes désignées ci-dessus à venir à la garderie récupérer mon enfant. Ces personnes devront pouvoir justifier leur identité à la demande des agents de surveillance.
- m'engage à signaler par écrit auprès de l'agent tout changement de dernière minute qui pourrait intervenir.
- ai pris connaissance et approuve les règlements de fonctionnement cantine et garderie.

Fait à, le.....

Signature du représentant légal

Mandat de prélèvement SEPA 	En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) <u>Nom du Créancier</u>	NOM/LOGO 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 <u>Nom du Créancier</u>	
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.		
Référence unique du mandat : _____	Identifiant créancier SEPA : _____	
Débiteur :	Créancier :	
Votre Nom _____	Nom _____	
Votre Adresse _____	Adresse _____	
Code postal _____ Ville _____	Code postal _____ Ville _____	
Pays _____	Pays _____	
IBAN	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>	Paiement : <input type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel
A : _____	Le : <input type="text"/>	
Signature :		
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		
Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.		
Veuillez compléter tous les champs du mandat.		