



SERVICES PÉRISCOLAIRES

Année 2023-2024

DOSSIER D'INSCRIPTION à retourner en MAIRIE avant le 5 juillet 2023

Mairie de La Chapelle-Palluau – 1 rue de l'école – 85670 La Chapelle-Palluau
– 02-51-98-51-08 – secretariat@lachapellepalluau.fr

Horaires du secrétariat : lundi au vendredi de 9h-12h/14h-17h, samedi de 9h-12h30

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom/prénom :	Nom/prénom :
Profession :	Profession :
Situation familiale : célibataire/ marié/séparé/divorcé/concubin	Situation familiale : célibataire/ marié/séparé/divorcé/concubin
Type : Père/Mère/Autre	Type : Père/Mère/Autre
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tel. :	Tel. :
Potable :	Potable :
Tel pro/portable :	Tel pro/portable :

FACTURATION *(cocher le mode de paiement choisi)*

Prélèvement automatique (fournir RIB et remplir le mandat de prélèvement SEPA situé au verso de ce document)

Chèque bancaire ou postal à l'ordre du trésor Public

MEDECIN *(si médecin traitant)*

Médecin de famille : Téléphone :

INSCRIPTION CANTINE

PRENOM - NOM	DATE DE NAISSANCE	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI	REPAS OCCASIONNEL
..... Sexe : Classe (2023/2024) : Allergie :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... Sexe : Classe (2023/2024) : Allergie :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... Sexe : Classe (2023/2024) : Allergie :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INSCRIPTION GARDERIE

LUNDI / MARDI / JEUDI / VENDREDI : 07h00 – 8h45 (matin) / 17h00 – 19h00 (soir)

PRENOM - NOM	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI	GARDERIE OCCASIONNEL OU IMPRÉVU
..... Sexe : Classe (2023/2024) : Allergie :	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/>
..... Sexe : Classe (2023/2024) : Allergie :	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/>
..... Sexe : Classe (2023/2024) : Allergie :	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/>

Les personnes suivantes sont seules autorisées à venir chercher mon ou mes enfants à la garderie périscolaire (autres que les parents) :

Nom : Téléphone : Lien de Parenté :

Nom : Téléphone : Lien de Parenté :

Nom : Téléphone : Lien de Parenté :

Nom : Téléphone : Lien de Parenté :

AUTORISATIONS & ENGAGEMENTS

- **J'autorise la mairie à publier et utiliser les photographies sur lesquelles figurent mon (mes) enfant(s) fréquentant les services périscolaires qui seraient prises dans le cadre des activités. Celles-ci pourront être reproduites par la Mairie ou la presse en partie ou en totalité sur tout support (Internet, revues, supports municipaux ou autre support de presse)**
 OUI NON
- **Je m'engage à respecter le règlement des services périscolaires et la charte de bonne conduite dans son ensemble tel qu'il figure dans le livret d'inscription y compris les conditions de paiement prévues.**
- **Je m'engage à signaler au secrétariat de la mairie tout changement de situation au cours de la scolarité.**
- **Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la commune à prendre toutes mesures (urgence, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**

Date et signature du responsable de l'enfant :

MANDAT DE PRÉLEVEMENT SEPA (Fournir un RIB)



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **La commune de la chapelle-palluau** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **La commune de la chapelle-palluau**

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 : (réservé à l'administration) _____ Identifiant créancier SEPA : **FR75CAN626735**

Débiteur :
 Votre Nom _____
 Votre Adresse _____
 Code postal _____ Ville _____
 Pays _____

Créancier :
 Nom **COMMUNE LA CHAPELLE-PALLUAU**
 Adresse **SERVICE PERISCOLAIRE**
 Code postal **1 RUE DE LECOLE**
 Pays **85670 LA CHAPELLE-PALLUAU**
FRANCE

IBAN

BIC

Paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel

A : _____ Le :

Signature :

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

Veillez compléter tous les champs du mandat.