



DOSSIER D'INSCRIPTION

Mairie de Palluau - 5 rue de Lattre de Tassigny - 85670 PALLUAU – 02 51 98 50 24 – mairie@palluau.fr
Horaires du secrétariat : du lundi au vendredi de 9h à 12h

FAMILLE

REPRESENTANT LEGAL N°1 – LIEN AVEC L'ENFANT

Nom et prénom :

Mobile :Téléphone et lieu de travail :

Adresse :

Code Postal : Ville :Téléphone Fixe :

Courriel (obligatoire) :

REPRESENTANT LEGAL N°2– LIEN AVEC L'ENFANT :

Nom et prénom :

Mobile :Téléphone et lieu de travail :

Adresse :

Code Postal : Ville :Téléphone Fixe :

Courriel (obligatoire) :

⇒ **Parents séparés, fournir un justificatif de la garde de l'enfant.**

⇒ **En cas de changement d'adresse, merci de prévenir le secrétariat de la mairie au plus tôt. L'école ne nous transmet pas l'information.**

INSCRIPTION CANTINE

PRENOM - NOM	DATE DE NAISSANCE	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI	REPAS OCCASIONNEL
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⇒ **Tout changement d'inscription ou absence doit être signalé au secrétariat de la mairie au plus tôt.**

INSCRIPTION GARDERIE

LUNDI / MARDI / JEUDI / VENDREDI : 07h00 – 9h00 (matin) / 16h30 – 19h00 (soir)

Pas d'inscription au préalable. Les enfants restant à l'école après la sortie de 16h30 seront pris en charge par les agents de la garderie.

FACTURATION

(cocher le mode de paiement choisi)

- Prélèvement automatique** (fournir RIB et remplir le mandat de prélèvement SEPA situé au verso de ce document uniquement en cas de modification)
- Autre : Chèque bancaire** ou postal à l'ordre du trésor Public, **TIPI** (par carte bancaire) ou **PAIEMENT DE PROXIMITÉ AVEC QR CODE** (chez les buralistes)

INFORMATIONS MEDICALES

Médecin de famille : Téléphone :

- ⇒ Si allergie alimentaire, merci de fournir une attestation médicale.
- ⇒ En cas de problème de santé particulier, merci de contacter le secrétariat de la mairie afin de compléter une fiche sanitaire en complément de ce dossier.

PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER LES ENFANTS

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, supports municipaux ou autre support de presse)
 OUI NON
- ✓ Je m'engage à respecter le règlement des services périscolaires dans son ensemble tel qu'il figure sur le site internet de la commune (www.palluau.fr) y compris les conditions de paiement prévues.
- ✓ 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 PRELEVEMENT SEPA



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **la commune de 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 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 : **FR 06 ZZZ 541744**

Débiteur :

Votre Nom _____

Votre Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Pays _____

IBAN

BIC

A : _____

Créancier :

Nom **COMMUNE DE PALLUAU**

Adresse **SERVICES PÉRISCOLAIRES**

5 RUE DE LATTRE DE TASSIGNY

Code postal **85670** Ville **PALLUAU**

Pays **France**

Paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel

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.