

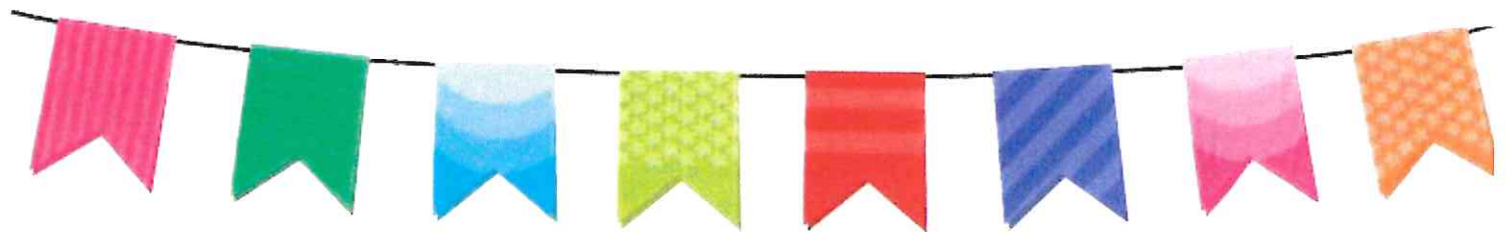
DOSSIER INSCRIPTION



ANNEE SCOLAIRE 2020-2021



Dossier à retourner pour le 19 juin 2020



Les Accueils Péricolaires

Deux lieux d'accueils péricolaires sont ouverts aux enfants du RPI

- **Fontevraud** : Rue Rochechouart 49590 Fontevraud L'Abbaye

☞ Le matin de 7h00 à 8h45

☞ Le soir de 16h15 à 18h45 **sauf le vendredi 18h00**



Fonctionnement

Les inscriptions se font auprès des responsables des accueils le lundi précédent de la semaine concernée à l'aide du coupon d'inscription (téléchargeable sur le site internet). Un projet pédagogique a été établi en lien avec l'accueil de loisirs Loire et Coteau (www.loire-et-coteau.fr)

Des exclusions temporaires ou définitives peuvent être prononcées pour l'indiscipline, détériorations du matériel et non paiements de sommes dues.

Facturation

La facturation est établie tous les 2 mois et payable par prélèvement automatique (imprimé à télécharger + RIB) ou par chèque. Toute demi-heure commencée est due.

La participation des parents est facturée selon leur quotient familial :

☞ Inférieur à 396 : 1,65 € de l'heure

☞ Supérieur ou égal à 396 : 2,00 € de l'heure



✂.....

INSCRIPTION ACCUEIL PERISCOLAIRE

Accueil périscolaire de :

Nom : Nombre d'enfant(s) :

Prénom(s) de(s) enfant(s) :

Semaine du / / au / / Année

JOUR	MATIN		SOIR	
	Heure début	Heure fin	Heure début	Heure fin
LUNDI				
MARDI				
JEUDI				
VENDREDI				

Signature

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

CANTINE - ACCUEILS PERISCOLAIRES - ECOLE

Année scolaire : _____

NOM :

MASCULIN

PRENOM :

FEMININ

DATE DE NAISSANCE :

ECOLE FREQUENTEE :

Les parents

Mère

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postale :

Ville :

Tel domicile :

Tel portable :

Adresse mail :

Profession :

Employeur :

Tel travail :

Père

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postale :

Ville :

Tel domicile :

Tel portable :

Adresse mail :

Profession :

Employeur :

Tel travail :

Situation de famille : mariés, vie maritale - célibataire - divorcés, séparés - veuf(ve)

Autorité parentale conjointe : oui non

ASSURANCE

N° de Sécurité Sociale couvrant l'enfant : _____

N° d'Allocataire CAF/MSA : _____

Quotient familial : _____

Cotisez-vous à une mutuelle ? oui non

Laquelle : _____



En cas d'urgence

Un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. **Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.**

Médecin de famille :

Nom : _____ Numéro de téléphone : _____

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : / /

L'élève porte-t-il des lunettes ? oui non

Si oui, doit-il les porter en classe seulement ? oui non

Autre renseignement(s) utile(s) concernant la santé de votre enfant (allergies, affections à répétition, etc...) :

Personne susceptible de vous contacter rapidement : _____

Téléphone : / / / /

Assurance choisie (fournir l'attestation) : _____

Autorisation pour venir chercher mon enfant

je soussigné(e) _____, Responsable de l'enfant

Nom Prénom de l'enfant _____

Autorise le responsable à laisser sortir mon enfant avec les personnes suivantes :
(Personnes autres que les parents susceptibles de prendre l'enfant aux accueils périscolaires ou à la cantine).

<i>Nom Prénom</i>	<i>Lien avec l'enfant</i>	<i>Numéro de Téléphone</i>

Toute modification concernant ce dossier devra être signalée par écrit.

Fait à _____, Le _____ Signatures :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA
Référence unique de mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SYNDICAT DE LA COTE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et BANQUE votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SYNDICAT DE LA COTE.
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.

IDENTIFIANT CREANCIER
SEPA

FR 95 CAN 400004

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

DESIGNATION DU CREANCIER
Nom : SYNDICAT DE LA COTE
Adresse : MAIRIE DE TURQUANT
Code postal : 49730
Ville : TURQUANT
Pays :

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER	
IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)	IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)
Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif	
Paiement ponctuel	

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 SYNDICAT DE LA COTE. 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 TURQUANT.

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 36 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

