

NOM DE L'ENFANT : PRENOM :

ECOLE : CLASSE :

Genre : Garçon Fille Date de naissance : ... / ... / ...

Coordonnées	PARENTS	
Nom - Prénom		
Adresse		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Mail (en capitale d'imprimerie)		

- ⊕ Pour les familles séparées : Résidence principale (indiquer le responsable légal principal en 1)
 Résidence alternée : remplir 2 fiches renseignement-inscription distincts (document en mairie ou sur internet)

Semaine de garde (signaler tout changement en cours d'année) : paire impaire

- ⊕ Je certifie que mon enfant est assuré sur les temps péri et extrascolaires : OUI NON
- ⊕ Je certifie que mon enfant est à jour des vaccins obligatoires : OUI NON

Médecin traitant : Téléphone :

Adresse :

Recommandations utiles (difficulté de santé, remarque particulière ...) :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant hors parents

Nom / Prénom	Lien pour l'enfant	Téléphone

Votre enfant a-t-il :
(Cochez les cases vous correspondant)

- Une allergie / intolérance alimentaire
- Une allergie médicamenteuse
- Un traitement médical régulier
- De l'asthme
- Un aménagement particulier
- Autre

Si 1 case cochée, remplir le document complémentaire à la mairie (PAIP)

- ⊕ J'autorise mon enfant à rentrer seul après l'accueil périscolaire ou de loisirs à l'heure qui aura été défini (joindre un courrier d'autorisation et de décharge) : OUI NON
- ⊕ J'autorise la mairie à utiliser mon adresse mail pour **créer un accès au Portail Famille** et transmettre des informations sur les services enfance-jeunesse : OUI NON
- ⊕ Je soussigné responsable légal de l'enfant désigné ci-dessus :

- Déclare et certifie exact les renseignements fournis,
- Déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs (accueil périscolaire, restauration scolaire...) et m'engage à les respecter,
- Autorise le responsable de la structure à rendre possible toutes les mesures nécessaires à l'état de santé de mon enfant (évacuation, secours, actes médicaux...).

Date : _____ **Signature :** _____

Autorise la mairie à utiliser les photos de mon enfant dans les publications municipales

OUI NON



FICHE INSCRIPTION

INSCRIPTION AUX TEMPS PERISCOLAIRES

Accueil périscolaire

- Annuel
- Occasionnel
- Non

Présence envisagée :

- Matin Soir

Restauration scolaire

- Régulier (*cochez les jours*)
 - Lundi
 - Mardi
 - Jeudi
 - Vendredi
- Occasionnel
- Non

Mercredi scolaire

- Annuel
- Régulier (*préciser le rythme*)
- Occasionnel



Ces informations ne constituent pas une réservation.

Les réservations sont à réaliser via le Portail Famille.

Un compte personnel vous sera créé courant juin. Vous recevrez un mail pour l'activer.

L'accueil d'un enfant nécessite la fiche renseignement-inscription complétée

Pour des renseignements, vous pouvez contacter :

- Le service inscription au

02.40.77.62.46 ou par mail (restauration@casson.fr)

- Le service péri et extrascolaire au

02.40.77.64.58 ou par mail (alsh@casson.fr)

Date limite de dépôt en mairie du dossier :

3 juin 2019

Documents à fournir :

- Fiche renseignement - inscription (*obligatoire*)
- Copie du livret de famille
- Justificatif de domicile
- Attestation CAF (*de l'année civile en cours*)
- RIB si prélèvement automatique
- PAIP (*fiche annexe si concerné*)

Tous les documents sont téléchargeables ou disponibles en mairie



Joindre l'attestation CAF

RENSEIGNEMENT FACTURATION

N° allocataire CAF : Montant QF (*de l'année civile en cours*) :

Prélèvement automatique : OUI (*remplir les informations ci-dessous ET joindre un RIB*) NON

CREANCIER

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA
FR 44 ZZZ 524764

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA
REFERENCE : _____

DESIGNATION DE L'ORGANISME CREANCIER
Commune de CASSON – Service Enfance-Jeunesse
Mairie – 3 rue de la Mairie - 44 390 CASSON
Poste comptable : Trésorerie de Nort-sur-Erdre - Banque de France



En cas de rejet de règlement (2 maximum), la municipalité se réserve le droit de suspendre le prélèvement automatique. Les prélèvements auront lieu le 5 du mois M+2.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) La Mairie de CASSON à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de La Mairie de CASSON. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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.

TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Désignation du Titulaire du Compte à débiter
NOM : _____ Prénoms : _____
Adresse : _____

Etablissement teneur du compte à débiter
NOM de la Banque : _____
Adresse : _____

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN) (Bic)

Signature :

Date : ____ / ____ / ____

Rappel : En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la Mairie de CASSON. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrais en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec la Mairie de CASSON

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

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