



GARDERIE/RESTAURANT SCOLAIRE/TAP
FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Fiche à retourner au plus tard le **15 AOUT EN MAIRIE**.

TARIFS 2023/2024

Restaurant scolaire

Le repas : 3,50 € (1^{er} et 2^{ème} enfant)
3,15 € (famille de 3 enfants et plus)

La serviette de table : 4,00€

Garderie

Matin et soir jusqu'à 18h30	2,55 €
Matin	1,35 €
Vendredi de 15h15 à 16h30	1,35 €
Soir de 16h30 à 18h30	1,60 €
Soir de 18h30 à 18h45	2,35 €
Soir de 18h45 à 19h00	2,35 €

Horaires de la garderie : 7h30-8h45 et 16h25-19h00 (lundi, mardi, jeudi), 7h30-8h45 et 15h15-19h00 (vendredi), 7h30-8h45 et 12h00-12h30 (mercredi).

MODALITÉS DE RÈGLEMENT (garderie/restaurant scolaire)

- Facture mensuelle à régler au Trésor Public de Fouesnant.
- Il est possible d'opter pour le prélèvement mensuel (Compléter le formulaire SEPA ci-joint)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM : **Prénom :**

Date de naissance :/...../..... **Classe :**

Nombre de frère(s) et/ou sœur(s) inscrits à la cantine ⁽¹⁾ 0 1 2 3 4

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REPRESENTANTS LEGAUX

NOM du représentant légal 1 : **Prénom :**

Situation familiale ⁽²⁾: Célibataire – Marié(e) – Séparé(e) – Divorcé(e) – Veuf(ve) – Vie maritale

Employeur : **Tél. employeur :**/...../...../...../.....

NOM du représentant légal 2 : **Prénom :**

Employeur : **Tél. employeur :**/...../...../...../.....

ADRESSE du représentant légal 1 :

N° : **Rue :**

CP : **Ville :**

☎ :/...../...../...../..... **📠 :**/...../...../...../.....

Adresse mail :

ADRESSE du représentant légal 2 : (à compléter si différente)

N° : **Rue :**

CP : **Ville :**

☎ :/...../...../...../..... **📠 :**/...../...../...../.....

Adresse mail :

DROIT A L'IMAGE

J'autorise

Je n'autorise pas

les prises de photos / vidéos et leur diffusion dans le kélou, sur le site internet de la mairie, dans la presse locale.

AUTORISATIONS

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e) père, mère, tuteur ⁽¹⁾

- autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant à l'issue des TAP ou à la garderie (Classes maternelles uniquement)⁽²⁾

NOM - Prénom	Adresse	Qualité	Téléphone

Signature :

Les enfants qui ne seront pas récupérés à l'issue des TAP seront placés en garderie. (payante à partir de 16h30)

AUTORISATION DE SOINS URGENTS

Je soussigné(e) père, mère, tuteur ⁽¹⁾

autorise tous soins de première nécessité ou toute intervention médicale et chirurgicale d'urgence en faveur de mon enfant.

Signature :

EN CAS D'URGENCE PRÉVENIR

Nom :

Téléphone :/...../...../...../.....

Nom :

Téléphone :/...../...../...../.....

Médecin de famille :

Adresse :  :

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Votre enfant rencontre-t-il des problèmes de santé particuliers? (allergies, traitements en cours, contre-indications...)

.....
Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et m'engage à prévenir le plus rapidement possible la Mairie de tout changement de situation de famille ou d'adresse, en cours d'année scolaire.

A Clohars-Fouesnant, le

Signature du représentant légal :

⁽¹⁾ Cochez la case correspondante.

⁽²⁾ Rayer les mentions inutiles.

Les informations recueillies sont nécessaires dans le cadre de l'inscription. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant. Pour l'exercer, merci d'adresser un message mairie-de-clohars-fouesnant@wanadoo.fr

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique de mandat (réservé à la Mairie) :

Prestation : CANTINE / GARDERIE – ECOLE DE CLOHARS-FOUESNANT

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CLOHARS FOUESNANT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CLOHARS FOUESNANT.
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 79 ZZZ 479514

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

DESIGNATION DU CREANCIER
Nom : CLOHARS FOUESNANT
Adresse : PLACE DE LA MAIRIE
Code postal : 29950
Ville : CLOHARS-FOUESNANT
Pays :

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER	
IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)	IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement :	Paiement récurrent/répétitif	<input checked="" type="checkbox"/>
	Paiement ponctuel	<input type="checkbox"/>

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 CLOHARS-FOUESNANT. 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 CLOHARS-FOUESNANT.

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.