

Mairie d'Erquy

11 square Hôtel de
Ville
BP 09
22430 ERQUY
Tél : 02 96 63 64 64
Fax : 02 96 63 64 70
info@ville-erquy.com
www.ville-erquy.com



FAMILLE :

**DOSSIER D'INSCRIPTION
aux services municipaux
2020-2021**

**Restaurant municipal,
Garderie Périscolaire,**

ATTENTION

**Dossier d'inscription dûment complété à mettre IMPERATIVEMENT sous
enveloppe,
à retourner à l'adresse suivante :**

**Accueil de Loisirs – LE BLE EN HERBE
1 rue Guérinet
22 430 ERQUY**

1 DOSSIER PAR FAMILLE

AU PLUS TARD LE 7 SEPTEMBRE 2020

Tout dossier incomplet ne pourra être pris en compte.

Liste des pièces à fournir

✓ Inscription administrative

- Fiche famille (1 par famille)
- Fiche Enfant (1 par enfant)
- Autorisations (1 par enfant)
- Attestation responsabilité civile 2020-2021 et Assurance Individuelle Accidents Corporels
- Test d'aisance aquatique

✓ Éléments sanitaire et santé

- Certificat Médical en cas d'allergie

✓ Mode de paiement et facturation

- Photocopie, du dernier avis d'imposition (ou des deux avis d'imposition si vie maritale) pour permettre le calcul du quotient familial. **Si vous ne le remettez pas, le tarif appliqué sera celui correspondant au quotient familial le plus important.**
- Fiche Facturation
- Formulaire d'autorisation de prélèvement bancaire

✓ Information : inscription à l'ALSH du Mercredi et des Vacances scolaires

Le présent dossier d'inscription concerne les services d'Accueil de Loisirs périscolaire (Lundi, Mardi, Jeudi et Vendredi) et restauration scolaire.

L'Accueil de Loisirs du Mercredi et des Vacances scolaires est géré par Lamballe Terre et Mer. Retrouvez toutes les informations nécessaires sur le portail famille de Lamballe Terre et Mer, à l'adresse suivante :

<https://portail-famille.lamballe-terre-mer.bzh>

Fiche Famille

- Identité des enfants concernés par l'inscription**

Nom et prénom des enfants	Date de naissance

- Renseignements concernant le responsable légal**

	Parent 1	Parent 2	Autre représentant légal Précisez :.....
NOM			
PRENOM			
Lien de Parenté			
Situation de famille (Entourez la mention utile)	Célibataire / marié(e) / pacsé(e) / vie maritale / divorcé(e) / veuf(ve)	Célibataire / marié(e) / pacsé(e) / vie maritale / divorcé(e) / veuf(ve)	Célibataire / marié(e) / pacsé(e) / vie maritale / divorcé(e) / veuf(ve)
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Adresse du domicile			
Résidence principal de l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tel domicile			
Tel portable			
Tel travail			
Courriel			
Profession			
Allocataire auquel est rattaché l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Caisse d'allocation	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre
N° d'allocataire			
Assurance	Compagnie :		N° Assurance :

Autres personnes autorisées à récupérer l'enfant et à prévenir en cas d'urgence

NOM Prénom	Qualité	Téléphone	Autorisé à récupérer l'enfant	A appeler en cas d'urgence
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de ces renseignements.

Fait à :

Le :

Signature :

Fiche Enfant 1

Nom et prénom	Sexe	Date de naissance	Lieu de naissance	Nom de l'école fréquentée et classe

INSCRIPTION ANNUEL POUR LES SERVICES PERISCOLAIRES POUR L'ANNEE 2020-2021

- Garderie périscolaire ——— à la journée abonnement mensuel

 Matin
 Après-midi
 Journée
- Restaurant scolaire Lundi Mardi Jeudi Vendredi

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Autorisez-vous l'équipe d'animation à donner du paracétamol à votre enfant en cas de besoin ? Oui Non

Vaccins : Date du dernier rappel DTP

- | Allergies | | Oui | Non | Précisez : |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
| - Asthme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Précisez : |
| - Médicamenteuse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Précisez : |
| - Alimentaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Précisez : |
| - Autres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Précisez : |

Votre enfant a-t-il un PAI ? ou un régime alimentaire spécifique ? Oui Non

Précisez si votre enfant porte des lunettes ou lentilles, des prothèses auditives, appareils dentaires, etc. :

Nom du médecin traitant

AUTORISATIONS

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, (Nom, Prénom de l'enfant)

- CERTIFIE** que mon enfant ne présente aucune contre-indication médicale à la pratique d'activités sportives, sinon fournir un certificat médical ;
- AUTORISE** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.
- AUTORISE** **N'AUTORISE PAS** l'équipe d'animation à diffuser des photos, vidéos, enregistrements et productions sur des supports de communications élaborés par la mairie et la presse locale ;
- CERTIFIE** exacts les renseignements portés sur la présente fiche et **AUTORISE** la mairie à traiter sur un support informatique les informations me concernant. Je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification à ces informations.
- CERTIFIE** avoir pris connaissance des règlements intérieur de l'ALSH périscolaire et du temps méridien.

Fait à, le / 2020

Signature(s) du représentant légal de la mention « lu et approuvé »

Photo

Fiche Enfant 2

Nom et prénom	Sexe	Date de naissance	Lieu de naissance	Nom de l'école fréquentée et classe

INSCRIPTION ANNUEL POUR LES SERVICES PERISCOLAIRES POUR L'ANNEE 2020-2021

- Garderie périscolaire ——— à la journée abonnement mensuel Matin
 Après-midi
 Journée
- Restaurant scolaire Lundi Mardi Jeudi Vendredi

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Autorisez-vous l'équipe d'animation à donner du paracétamol à votre enfant en cas de besoin ? Oui Non

Vaccins : Date du dernier rappel DTP

- Allergies**
- Asthme Oui Non Précisez :
 - Médicamenteuse Oui Non Précisez :
 - Alimentaires Oui Non Précisez :
 - Autres Oui Non Précisez :

Votre enfant a-t-il un PAI ? ou un régime alimentaire spécifique ? Oui Non

Précisez si votre enfant porte des lunettes ou lentilles, des prothèses auditives, appareils dentaires, etc. :

Nom du médecin traitant

AUTORISATIONS

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, (Nom, Prénom de l'enfant)

6. **CERTIFIE** que mon enfant ne présente aucune contre-indication médicale à la pratique d'activités sportives, sinon fournir un certificat médical ;
7. **AUTORISE** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.
8. **AUTORISE** **N'AUTORISE PAS** l'équipe d'animation à diffuser des photos, vidéos, enregistrements et productions sur des supports de communications élaborés par la mairie et la presse locale ;
9. **CERTIFIE** exacts les renseignements portés sur la présente fiche et **AUTORISE** la mairie à traiter sur un support informatique les informations me concernant. Je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification à ces informations.
10. **CERTIFIE** avoir pris connaissance des règlements intérieur de l'ALSH périscolaire et du temps méridien.

Fait à, le / 2020

Signature(s) du représentant légal de la mention « lu et approuvé »

Fiche Enfant 3

Nom et prénom	Sexe	Date de naissance	Lieu de naissance	Nom de l'école fréquentée et classe

INSCRIPTION ANNUEL POUR LES SERVICES PERISCOLAIRES POUR L'ANNEE 2020-2021

- Garderie périscolaire ——— à la journée abonnement mensuel Matin
 Après-midi
 Journée
- Restaurant scolaire Lundi Mardi Jeudi Vendredi

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Autorisez-vous l'équipe d'animation à donner du paracétamol à votre enfant en cas de besoin ? Oui Non

Vaccins : Date du dernier rappel DTP

- | Allergies | | Oui | Non | Précisez : |
|------------------|--------------------------|--------------------------|-----|------------------|
| - Asthme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Précisez : |
| - Médicamenteuse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Précisez : |
| - Alimentaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Précisez : |
| - Autres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Précisez : |

Votre enfant a-t-il un PAI ? ou un régime alimentaire spécifique ? Oui Non

Précisez si votre enfant porte des lunettes ou lentilles, des prothèses auditives, appareils dentaires, etc. :

Nom du médecin traitant

AUTORISATIONS

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, (Nom, Prénom de l'enfant)

- CERTIFIE** que mon enfant ne présente aucune contre-indication médicale à la pratique d'activités sportives, sinon fournir un certificat médical ;
- AUTORISE** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.
- AUTORISE** **N'AUTORISE PAS** l'équipe d'animation à diffuser des photos, vidéos, enregistrements et productions sur des supports de communications élaborés par la mairie et la presse locale ;
- CERTIFIE** exacts les renseignements portés sur la présente fiche et **AUTORISE** la mairie à traiter sur un support informatique les informations me concernant. Je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification à ces informations.
- CERTIFIE** avoir pris connaissance des règlements intérieur de l'ALSH périscolaire et du temps méridien.

Fait à, le / 2020

Signature(s) du représentant légal de la mention « lu et approuvé »

Fiche Facturation (1 par famille)

Les factures vous seront envoyées par courrier.

J'opte pour :

le paiement par prélèvement bancaire automatique.

↳ Dans ce cas, il est **impératif de compléter** le formulaire d'autorisation de prélèvement joint au présent dossier d'inscription, de le signer et d'agrafer, avec le volet du haut, un Relevé d'Identité Bancaire sur lequel figure l'IBAN (RIB IBAN).

OU pour

le paiement en numéraire ou par chèque libellé à l'ordre du Trésor

Public et transmis avec le talon présent sur la facture directement à l'adresse suivante : Trésor Public - 11 rue Georges Lebreton - BP 8 - 22370 Pléneuf-Val-André. Aucun règlement ne doit être envoyé aux services administratifs de la Mairie.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur le présent dossier notamment concernant le prélèvement automatique et je m'engage à signaler tout changement de situation financière, familiale, de domicile ou de coordonnées téléphoniques, survenus en cours d'année scolaire à l'adresse suivante : dag@ville-erquy.com ou par courrier envoyé à l'adresse suivante : Mairie – Direction des Affaires Générales – 11 square de l'Hôtel de Ville – BP 09 – 22 430 ERQUY.

Avis d'imposition

Souhaitez-vous remettre votre dernier avis d'imposition (ou attestation de quotient familial)

oui

non : Nous soussignés, Madame, Monsieur.....

.....
(noms, prénoms), attestons que nous ne souhaitons pas remettre notre dernier avis d'imposition et par conséquent, nous acceptons que le quotient familial le plus élevé soit appliqué pour le calcul des tarifs communaux (garderie, ALSH).

Fait à, le / 2020

Signature(s) du représentant légal de la mention « lu et approuvé »

Formulaire d'autorisation de prélèvement bancaire (1 par famille)

En cas d'incohérence avec les informations cochées sur la fiche facturation – les services cochés sur ce formulaire seront pris en compte.

Type de contrat* : facturation de la Commune d'ERQUY pour :

la garderie périscolaire

la restauration scolaire

*Cochez le(s) service(s) pour le(s)quel(s) vous souhaitez un prélèvement automatique. A défaut, vous devrez régler vos factures par chèque.

✓ **AUTORISATION DE PRELEVEMENT :**

J'autorise l'établissement teneur de compte à effectuer sur ce dernier, si la situation le permet, les prélèvements ordonnés par la Commune d'ERQUY – 11 square de l'Hôtel de Ville – BP 09 – 22430 ERQUY. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec la Commune d'ERQUY.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 76 ZZZ

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : **Mairie d'ERQUY**

Adresse : **11 Square de l'Hôtel de ville – BP 09**

Code postal : **22430**

Ville : **ERQUY**

Pays : **FRANCE**

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IBAN

BIC

Type de paiement : Récurrent/Répétitif

Signé à :

Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature :

DESIGNATION DU 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)

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à l'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