

**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  
2021-2022**

**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 2021**

**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 2021-2022 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

Le présent dossier d'inscription concerne **uniquement** les services « 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 :.....
<b>NOM</b>			
<b>PRENOM</b>			
<b>Lien de Parenté</b>			
<b>Situation de famille (Entourez la mention utile)</b>	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)
<b>Autorité parentale</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Adresse du domicile</b>			
<b>Résidence principale de l'enfant</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Tel domicile</b>			
<b>Tel portable</b>			
<b>Tel travail</b>			
<b>Courriel</b>			
<b>Profession</b>			
<b>Allocataire auquel est rattaché l'enfant</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Caisse d'allocation</b>	<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
<b>N° d'allocataire</b>			
<b>Assurance</b>	<b>Compagnie :</b>		<b>N° Assurance :</b>

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

NOM Prénom	Qualité	Téléphone	Autorisé(e) 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 ANNUELLE POUR LES SERVICES PERISCOLAIRES POUR L'ANNEE 2021-2022

**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"/>		.....
- Médicamenteuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		.....
- Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		.....
- Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		.....

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 intérieurs de l'ALSH périscolaire et du temps méridien.

Fait à ....., le ..... / 2021

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

## Fiche Enfant 2

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

### INSCRIPTION ANNUELLE POUR LES SERVICES PERISCOLAIRES POUR L'ANNEE 2021-2022

<input type="checkbox"/> <b>Garderie périscolaire</b>	<input type="checkbox"/> <i>à la journée</i> <input type="checkbox"/> <i>abonnement mensuel</i>	<input type="checkbox"/> <i>Matin</i> <input type="checkbox"/> <i>Après-midi</i> <input type="checkbox"/> <i>Journée</i>
<input type="checkbox"/> <b>Restaurant scolaire</b>	<input type="checkbox"/> <i>Lundi</i> <input type="checkbox"/> <i>Mardi</i> <input type="checkbox"/> <i>Jeudi</i> <input type="checkbox"/> <i>Vendredi</i>	

### 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

<b>Allergies</b>	- <b>Asthme</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez : .....
	- <b>Médicamenteuse</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez : .....
	- <b>Alimentaires</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez : .....
	- <b>Autres</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 intérieurs de l'ALSH périscolaire et du temps méridien.

Fait à ....., le ..... / 2021

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 ANNUELLE POUR LES SERVICES PERISCOLAIRES POUR L'ANNEE 2021-2022

- 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) .....

11. **CERTIFIE** que mon enfant ne présente aucune contre-indication médicale à la pratique d'activités sportives, sinon fournir un certificat médical ;
12. **AUTORISE** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.
13.  **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 ;
14. **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.
15. **CERTIFIE** avoir pris connaissance des règlements intérieurs de l'ALSH périscolaire et du temps méridien.

Fait à ....., le ..... / 2021

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 – SGC LAMBALLE-ARMOR 22 rue du Docteur Calmette 22400 LAMBALLE-ARMOR. 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 : Mairie – Service comptabilité – 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 ..... / 2021

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 – 22 430 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