Mairie d'ERQUY
11, square de l'Hôtel de Ville
BP 09
22430 ERQUY
Tél : 02 96 63 64 64
info@erquy.bzh
www.ville-erquy.bzh

ERQUY
L'air qu'il vous faut !

FAMILLE : ……..

DOSSIER D'INSCRIPTION
aux services municipaux
2023-2024

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 11 SEPTEMBRE 2023

Tout dossier incomplet ne pourra être pris en compte.

Liste des pièces à fournir

Inscription administrative

- ❑ Fiche famille (1 par famille)
- ☐ Fiche Enfant (1par enfant)
- ☐ Autorisations (1 par enfant)
- ❑ Attestation responsabilité civile 2023-2024 et Assurance Individuelle Accidents Corporels
- ❑ Copie de la page des vaccinations du carnet de santé de chaque enfant

Eléments sanitaire et santé

- ❑ Certificat Médical en cas d'allergie

Mode de paiement et facturation

- ❑ Attestation de quotient familial de la CAF. Une seule attestation pour l'année scolaire vous sera demandée. **Si vous ne la remettez pas, le tarif appliqué sera celui correspondant au quotient familial le plus important.**
- ❑ Fiche Facturation
- ❑ Formulaire d'autorisation de prélèvement bancaire
- ❑ Relevé d'Identité Bancaire (si celui-ci diffère de celui utilisé pour le prélèvement de l'année dernière)

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
Enfant 1		
Enfant 2		
Enfant 3		

- **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	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Adresse du domicile			
Résidence principale de l'enfant	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Tel domicile			
Tel portable			
Tel travail			
Courriel			
Profession			
Allocataire auquel est rattaché l'enfant	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Caisse d'allocation	☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre	☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre	☐ CAF ☐ MSA ☐ 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(e) à récupérer l'enfant**	**A appeler en cas d'urgence**
			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

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

Fait à : **Le :** **Signature :**

Fiche Enfant(s)

		Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
		Photo	**Photo**	**Photo**
Nom et prénom				
Sexe		☐ F ☐ M	☐ F ☐ M	☐ F ☐ M
Date de naissance		……/……/…….	……/……/…….	……/……/…….
Lieu de naissance				
Nom de l'école fréquentée				
Nom de l'enseignant(e) + classe				
INSCRIPTION ANNUELLE POUR LES SERVICES PERISCOLAIRES POUR L'ANNEE 2022-2023				
☐ Garderie périscolaire		*A la journée :* ☐ *Matin* ☐ *Après-midi* ☐ *Journée* *Abonnement mensuel :* ☐ *Matin* ☐ *Après-midi* ☐ *Journée*	*A la journée :* ☐ *Matin* ☐ *Après-midi* ☐ *Journée* *Abonnement mensuel :* ☐ *Matin* ☐ *Après-midi* ☐ *Journée*	*A la journée :* ☐ *Matin* ☐ *Après-midi* ☐ *Journée* *Abonnement mensuel :* ☐ *Matin* ☐ *Après-midi* ☐ *Journée*
☐ Restaurant scolaire		☐ *Lundi* ☐ *Mardi* ☐ *Jeudi* ☐ *Vendredi*	☐ *Lundi* ☐ *Mardi* ☐ *Jeudi* ☐ *Vendredi*	☐ *Lundi* ☐ *Mardi* ☐ *Jeudi* ☐ *Vendredi*
RENSEIGNEMENTS MEDICAUX				
L'enfant suit-il un traitement médical ?		☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Vaccins		Copie de la page des vaccinations du carnet de santé à fournir		
Allergies	**Asthme**	☐ Oui ☐ Non Précisez : …… ……	☐ Oui ☐ Non Précisez : …… ……	☐ Oui ☐ Non Précisez : …… ……
	Médicamenteuses	☐ Oui ☐ Non Précisez : …… ……	☐ Oui ☐ Non Précisez : …… ……	☐ Oui ☐ Non Précisez : …… ……
	Alimentaires	☐ Oui ☐ Non Précisez : …… ……	☐ Oui ☐ Non Précisez : …… ……	☐ Oui ☐ Non Précisez : …… ……
	Autres	☐ Oui ☐ Non Précisez : …… ……	☐ Oui ☐ Non Précisez : …… ……	☐ Oui ☐ Non Précisez : …… ……
Votre enfant a-t-il un PAI ? ou un régime alimentaire spécifique ?		☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Précisez si votre enfant porte des lunettes ou lentilles, des prothèses auditives, appareils dentaires, etc. :				
Nom du médecin traitant				

Autorisations

AUTORISATIONS – ENFANT 1

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

1. **CERTIFIE** que mon enfant ne présente aucune contre-indication médicale à la pratique d'activités sportives, sinon fournir un certificat médical
2. **AUTORISE** le responsable à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.
3. ☐ **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 ;
4. **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.
5. **CERTIFIE** avoir pris connaissance des règlements intérieurs de l'ALSH périscolaire et du temps méridien.

Fait à …….., **Signature(s) du représentant légal**
Le …… / 2023 **précédée de la mention « lu et approuvé »**

AUTORISATIONS – ENFANT 2

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

1. **CERTIFIE** que mon enfant ne présente aucune contre-indication médicale à la pratique d'activités sportives, sinon fournir un certificat médical
2. **AUTORISE** le responsable à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.
3. ☐ **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 ;
4. **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.
5. **CERTIFIE** avoir pris connaissance des règlements intérieurs de l'ALSH périscolaire et du temps méridien.

Fait à …….., **Signature(s) du représentant légal**
Le …… / 2023 **précédée de la mention « lu et approuvé »**

AUTORISATIONS – ENFANT 3

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

1. **CERTIFIE** que mon enfant ne présente aucune contre-indication médicale à la pratique d'activités sportives, sinon fournir un certificat médical
2. **AUTORISE** le responsable à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.
3. ☐ **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 ;
4. **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.
5. **CERTIFIE** avoir pris connaissance des règlements intérieurs de l'ALSH périscolaire et du temps méridien.

Fait à …….., **Signature(s) du représentant légal**
Le …… / 2023 **précédée de la mention « lu et approuvé »**

Fiche facturation

(1 par famille)

Modalité de facturation

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 dernière 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, restauration scolaire).

Fait à ……., le …… / 2023

Signature(s) du représentant légal précédée 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(es) 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 règlerai le différend directement avec la Commune d'ERQUY.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 76 ZZZ

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, prénom : Adresse : Code postal : Ville : Pays :	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 RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (au format IBAN BIC)

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