



**RESTAURANT SCOLAIRE**

« Les p'tits hilairois » de la commune de Saint Hilaire de Clisson

**Année scolaire 2021-2022**

**INSCRIPTION  RÉINSCRIPTION**

- Dossier à remettre en mairie (boîte aux lettres ou mail) au plus tard le 18 juin 2021 avec l'attestation d'assurance responsabilité civile 2021/2022, votre attestation de Quotient Familial et un R.I.B.

	Parents ou représentant légal	
Nom prénom		
Adresse complète N°, rue ou lieudit, CP, ville		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Téléphone travail		
Adresse mail*		

	Enfant(s) scolarisé(s)	
Nom prénom	Date et lieu de naissance	Classe et école

- **MEDECIN TRAITANT**

Nom : .....

Tél et ville : .....

- **DELEGATION DE POUVOIR EN CAS D'URGENCE**

Nom et prénom du responsable : .....

AUTORISE Madame le Maire de Saint Hilaire de Clisson ou le personnel du restaurant scolaire ayant sa délégation à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (transport, hospitalisation ou intervention jugée urgente par le médecin appelé pour mon enfant), *seulement en cas d'impossibilité de me joindre ou mon conjoint.*

Fait à St Hilaire de Clisson le .....

**Signature des parents**

• **TARIFICATION**

Enfant régulier : 3.95 € /repas (hors commune : 4.66 €/repas)

Enfant occasionnel : 4.28 € / repas (hors commune : 4.87 €/repas)



1 <sup>er</sup> enfant scolarisé				
Nom prénom				
Date et lieu de naissance				
Classe et école				
Fréquentation au restaurant scolaire				
Inscrit régulier à l'année				Inscrit occasionnel
Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 <sup>ème</sup> enfant scolarisé				
Nom prénom				
Date et lieu de naissance				
Classe et école				
Fréquentation au restaurant scolaire				
Inscrit régulier à l'année				Inscrit occasionnel
Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 <sup>ème</sup> enfant scolarisé				
Nom prénom				
Date et lieu de naissance				
Classe et école				
Fréquentation au restaurant scolaire				
Inscrit régulier à l'année				Inscrit occasionnel
Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Inscrit régulier à l'année** : Est considéré comme inscrit régulier tout enfant inscrit au minimum un jour fixe par semaine toute l'année (exemple : tous les mardis).

**Inscrit occasionnel** : A titre occasionnel, pour tenir compte de circonstances particulières, l'accueil d'un enfant peut être assuré. La famille prévient le restaurant scolaire dès que possible, le matin même avant 8h (dernier délai). La famille doit avoir déposé, au préalable, un dossier d'inscription.

- **CONTRAINTE MENU**

- Projet d'Accueil Individualisé (PAI) :

Nom de l'enfant concerné : .....

- Allergie alimentaire

Autre : .....

- **AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e) ..... responsable légal, autorise mon (mes) enfant(s)  
..... à être  
photographié(s) dans le cadre du restaurant scolaire.

OUI  NON

Ces photographies ne feront en aucun cas l'objet d'une utilisation à diffusion commerciale.

*Signature du parent ou responsable légal*

- **MODE DE REGLEMENT**

- Prélèvement automatique  Chèque  Espèces

*Les chèques seront libellés à l'ordre du Trésor public et transmis directement à la Trésorerie : 6 rue Saint Nicolas 44190 Clisson*

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION

Pour le prélèvement automatique :

- Le mandat de prélèvement SEPA complété et signé.
- Un RIB du compte à débiter.

Dans tous les cas :

- Une attestation d'assurance extrascolaire.

- **REGLEMENT INTERIEUR**

- Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant scolaire.

- Je m'engage à l'appliquer et à le faire respecter par mon (mes) enfant(s).

Fait à Saint Hilaire de Clisson, le .....

*Signature des parents ou du responsable légal*

- J'ai (nous avons) pris connaissance des règles de vie du restaurant scolaire et je m'engage (nous engageons) à les respecter durant l'année scolaire 2021/2022.

*Signature de l'enfant (des enfants) de GS et primaire*

CADRE RESERVE A LA MAIRIE

- Autorisation de prélèvement
- RIB
- Attestation d'assurance extrascolaire.

Dossier complet :

Dossier incomplet :

Date et visa :

Dossier enregistré le :

**MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA**

MAIRIE DE SAINT  
HILAIRE DE CLISSON

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez MAIRIE DE SAINT HILAIRE DE CLISSON à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MAIRIE DE SAINT HILAIRE DE CLISSON.

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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

*Veillez compléter les champs marqués \**

Votre Nom	* .....	1
	Nom / Prénoms du débiteur	
Votre adresse	* .....	2
	Numéro et nom de la rue	
	* <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> * .....	3
	Code Postal      Ville	
	* .....	4
	Pays	
Les coordonnées de votre compte	* <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> .....	5
	Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)	
	<input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	6
	Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)	
Nom du créancier	* .....	7
	Nom du créancier	
	<input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	8
	Identifiant créancier SEPA	
	* .....	9
	Numéro et nom de la rue	
	* <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> * .....	10
	Code Postal      Ville	
	* .....	11
	Pays	
Type de Paiement	* Paiement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>	12
Signé à	* .....	13
	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 2 0 2 1	
	Lieu      Date	
Signature(s)	*Veillez signer ici	
	<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque

**Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.**

Code identifiant du débiteur	* .....	14
	Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque	
	* .....	15
Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)	Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre (NOM DU CREANCIER) et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.	
	* .....	16
	Code identifiant du tiers débiteur	
	* .....	17
	Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.	
	.....	18
	Code identifiant du tiers créancier	
Contrat concerné	.....	19
	Numéro d'identification du contrat	
	.....	20
	Description du contrat	

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'oppositions, 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.

A retourner à :

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier