

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

REFERENCE UNIQUE DU MANDAT

Identification du débiteur
Nom, prénom et adresse du débiteur

Identification du compte bancaire
IBAN (Identifiant international de compte)

--	--	--	--	--	--	--

BIC (identifiant international de l'établissement)

--

Désignation du tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même et le cas échéant)
Nom du tiers débiteur :

Date et signature

Le :

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.

Type de paiement : Récurrent Ponctuel

En signant le formulaire de mandat, vous autorisez la Commune de Saint Melaine sur Aubance à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de la Commune de Saint Melaine sur Aubance. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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.

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la Commune de Saint Melaine sur Aubance. 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 la Commune de Saint Melaine sur Aubance.

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

Joindre un RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Modalités de paiement et règlement intérieur Restaurant Scolaire – Garderie – Etude – Accueil de Loisirs

- **Par prélèvement automatique** (choix définitif pour l'année en cours). Pour cela, vous devez compléter la demande de prélèvement jointe avec le dossier d'inscription et joindre un RIB.
- **Individuellement**, vous recevrez donc un avis des sommes à payer tous les mois que vous pourrez honorer selon votre choix :
 - Par chèque (à l'ordre du Trésor Public), à adresser à la Trésorerie – 17 avenue de la république – BP 46 – 49800 TRÉLAZÉ
 - Par Carte Bancaire via Internet en accédant au lien <https://www.payfip.gouv.fr/>
 - En espèce (dans la limite de 300€) ou par carte bancaire, muni de l'Avis des Sommes A Payer (ASAP), auprès d'un buraliste ou partenaire agréé.
 - Par chèque CESU papier, uniquement pour le paiement des accueils périscolaires des enfants de moins de six ans (à adresser directement à la trésorerie)

Renseignements : Adressez-vous aux services facturation de la collectivité.

Réclamations : Pour contester le bien-fondé d'une créance, vous devez déposer un recours devant le Tribunal Administratif dans un délai de deux mois suivant la réception du titre exécutoire, ou, à défaut, du premier acte procédant de ce titre ou de la notification d'un acte de poursuite (cf 2° de l'article L.1617-5 du code général des collectivités territoriales)

Difficultés de paiement : Vous avez des difficultés pour régler la somme qui vous est réclamée, adressez-vous dans les meilleurs délais, muni des justificatifs de votre situation, au comptable chargé du recouvrement désigné au recto de votre facture ou bien auprès du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de la Commune qui pourra éventuellement vous aider selon votre situation.

Voies de recours

Toute somme non acquittée dans le délai de 30 jours de la réception de votre avis fera l'objet de poursuites engagées par le comptable public indiqué au recto de votre facture (seul celui-ci peut accorder un délai de paiement). Pour contester ces poursuites, vous devez déposer un recours devant le juge de l'exécution mentionné aux articles L. 213-5 et L. 213-6 du code de l'organisation judiciaire dans un délai de deux mois suivant la notification de l'acte contesté (cf. 2° de l'article L. 1617-5 du code général des collectivités territoriales).

Fichiers informatiques

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux informations portées sur le titre de recette. Elle garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données vous concernant à l'adresse figurant au recto de votre facture.

ENFANT

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : M F Rentre en classe de :

Nom et adresse des responsables légaux :

Père :

.....

Tél : Port :

Tél travail :

E-mail :@.....

Mère :

.....

Tél : Port :

Tél travail :

E-mail :@.....

VACCINATIONS ET SUIVI MEDICAL

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

JOINDRE LES PHOTOCOPIES DES VACCINS

Médecin traitant :

Nom :

Adresse :

Tél :

SANTÉ DE L'ENFANT

Allergies alimentaires et/ou troubles alimentaires :

oui non Préciser :

Asthme : oui non **Allergie :** oui non

Préciser :

Autres difficultés de santé : oui non

Préciser :

Votre enfant suit-il un traitement médical : oui non

Préciser :

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).
Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

AUTRES INFORMATIONS DE SANTÉ

Poids :kg ; **Taille :**cm

Lentilles Lunettes Prothèses : auditives dentaires

Énurésie : oui non occasionnellement

Autres :

Recommandations utiles des parents
(Comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, etc...)

.....

N° sécurité sociale :

N° CAF :

AUTORISATIONS DE SORTIE EN DEHORS DES DEUX PARENTS

Personnes autorisées à reprendre l'enfant

Nom, Prénom :

Lien avec l'enfant :

Tél : Port :

Nom, Prénom :

Lien avec l'enfant :

Tél : Port :

Nom, Prénom :

Lien avec l'enfant :

Tél : Port :

Toute autre personne non mentionnée ci-dessus devra être en possession d'une autorisation écrite des parents.

AUTRES RENSEIGNEMENTS ET AUTORISATIONS

Si votre enfant est scolarisé à l'école Armand Brousse ?

⇒ Votre forfait restauration ? annuel occasionnel

⇒ Autorisez-vous votre enfant à quitter seul l'école après la classe ou l'accueil de loisirs ? oui non

⇒ Autorisez-vous votre enfant à quitter le service périscolaire ou l'accueil de loisirs pour son activité extrascolaire ? oui non

Votre enfant exerce t'il une activité extrascolaire sur la Commune ? Si oui laquelle : jour :

Nous sommes amenés à utiliser des photos de vos enfants afin de réaliser des badges (pour la garderie, le restaurant scolaire et l'étude). La loi nous fait obligation d'avoir l'autorisation écrite des parents pour cette utilisation. Aussi, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir remplir et signer les autorisations ci-dessous :

⇒ Autorisez-vous le responsable de la garderie et/ou l'accueil de loisirs à photographier mon enfant en groupe dans le cadre des animations ? oui non

Je soussigné (e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise à prendre, en cas d'urgence, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale), rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. Je m'engage à informer les services de toute modification importante concernant l'état de santé de mon enfant pouvant intervenir en cours d'année. Je déclare avoir pris connaissance et accepté les termes des modalités de paiement, du règlement intérieur du service périscolaire et/ou de l'accueil de loisirs de la commune de Saint Melaine sur Aubance.

Le :/...../..... Signature(s)