

### INSCRIPTION À LA RESTAURATION SCOLAIRE DE VIVY

2022 - 2023

#### **IMPORTANT**

Dossier dûment complété, avec les pièces justificatives demandées, à déposer au plus tard le 09 juin 2022, à l'accueil de la mairie ou dans la boite aux lettres.







#### Inscription au restaurant scolaire année scolaire 2022-2023

#### Fiche à retourner au plus tard le 06 juin 2022

	Les représer	tants légaux	
Représentant légal n°1			Représentant légal n°2
Nom:		Nom :	
Prénom:		Prénom :	
Adresse:		Adresse :	
Email :		Email :	
Tél fixe :		Tél fixe :	
Tél portable :		Tél portable :	
	Le / les	enfants	
Enfant n°1	1	t n°2	Enfant n°3
Nom:	Nom :		Nom :
Prénom:	Prénom :		Prénom :
Sexe:□M □F	Sexe:□M □F		Sexe: □ M □ F
Date de naissance :	Date de naissance :		Date de naissance :
Classe:	Classe:		Classe:
Adresse de facturation :	Adresse de factu	ration:	Adresse de facturation :
□ chez le père	□ chez le père		□ chez le père
□ chez la mère	□ chez la mère		□ chez la mère
Personnes à pré	venir en cas d'ab	sence des repré	sentants légaux
Personne n°1			Personne n°2
Nom:		Nom :	
Prénom:		Prénom :	
Adresse:		Adresse :	
<u> </u>			
Fixe:			
Portable:		Portable :	

	familia	iles	on - Presidions
OBLIGATOIRE :			
Vous êtes allocataire	: CAF □	MSA □	
✓ Numéro d'allocat	taire :		
✓ Quotient familia	·I :		
Fournir obligatoirement l	la dernière attestation de	paiement CAF ou MSA e	n viqueur à la date
de la rentrée scolaire.	a dollinor o arrostation de	parentent over da move d	ii vigadai a ia aaro
	du quotient familial et de son d	ittestation, la facturation sera	faite au plus fort tarif.
Si une régularisation est néce	<u> </u>	ctive, elle ne sera faite qu'à ré	ception de l'attestation
A.1	Choix de la fa		
	<b>à passer au prélévement</b> -2022, cette démarche n'est pas	automatique, merci de rel	mplir l'annexe n°1.
31 vous ravez de ja rait en 2021	-2022, cerre demarche n'est pas	necessuire.	
Pour les inscriptions occasion	nelles, se renseigner auprès d	e la mairie : m.dorange@vivy.f	fr ou 02.41.52.50.17
5:\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \			
Pièces à joindre à la fiche d'ins - Attestation CAF / MSA			
- Fiche sanitaire complété			
·			
En cas d'allergie, merci d'en p	réciser la nature :		
	<u>Tarificat</u>	<u>rions</u>	
			quotient familial
	quotient familial	quotient familial	supérieur ou égal à
	inférieur ou égal à 600€	de 601€ à 900 €	901 €
Restauration scolaire	3,75 €	3,80 €	3,85 €
Nous les soussionés et le(s)	enfant(s) déclarons avoir pris	connaissance du règlement ir	ntérieur de la cantine
	•	ngageons à le faire respecter	
	J		
Fait àle		Signatures des repré	sentants légaux
		Signature(s) de(s) e	enfant(s)
		<u> </u>	

#### ANNEXE N°1

#### MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat : FR96CAN562240

Type de contrat : RESTAURATION SCOLAIRE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la COMMUNE DE VIVY (49680) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la COMMUNE DE VIVY (49680).

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.

**IDENTIFIANT CREANCIER SEPA** 

FR96CAN562240

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, prénom :	Nom : COMMUNE DE VIVY
Adresse :	Adresse LAS DUS NATIONALS
	Adresse : 45 RUE NATIONALE
Code postal :	Code postal : 49680
Ville:	Ville : VIVY
Pays :	Pays : FRANCE
DESIGNATION DU C	COMPTE A DEBITER
IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)	IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)
Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif Y	
Signé à :	Signature :
V 1 MAN CONT. CO 10 MAN C	Signature .
Le (JJ/MM/AAAA) :	
DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE ET LE CAS ECHEANT ):	PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME
Nom du tiers débiteur :	
Trom ad tiors debitedi .	
JOINDRE UN RELEVE D'IDENTI	TE BANCAIRE (au format IBAN BIC)

#### CONDITE ON RELEVE D IDENTITE DANGAINE (ad Ioiniat Iban Bi

#### Rappel:

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 VIVY (49680). 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 VIVY (49680).

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.



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR:

RENOM:			RENOM :		1
ATE DE NAISSAN	 E:	/	ATE DE NAISSANCE ://		
EXE: M		ш			
cette fiche permet 20 février 2003 rela oisirs).	de recu atif au s	ueillir d	es informations utile nitaire des mineurs o	es concernant votre en séjour de vacanc	ette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du concernant votre enfant (l'arrêté du considere de séjour de vacances ou en accueil de oisirs).
I-VACCINATION (se	e référe	r au car	-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)	certificats de vacci	nations)
VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oni	Non	DATES DES VACCINS DERNIERS RAPPELS RECOMMANDÉS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Autres (préciser)

# 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

ce)		boîtes de
kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)	uo	Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de
mations nécessai	oui 🗆 Nc	es médicaments
cm (infor	dant le séjour ?	e récente et l
'g ; Taille :	ent médical pen	une ordonnanc
Poids:	Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 🛘 Oui 🔻 🖰 Non	Si oui, joindre

Signature:

Date:

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.

ALLERGIES: ALIMENTAIRES	]       	0 10 I	
MICOCAMILA COLO AUTRES (animaux, plantes, pollen) : Prévisor	§ .	<u> </u>	
Ci aui inindratus <b>no relificat módical</b> prácicant la cauca da l'allarria las cinnas ávocataurs at la	olle/l ob oa		el to superstance of la
onu, joinnie un <b>cei inicat medica</b> i precisalit la cau conduite à tenir.	אַנ מב - פווע	וצוב, ובא אול	giles evocateurs et la
Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser	ıi préciser	ino 🗆	non 🗆
3-KECOMMANDA I IONS U IILES DES PAREN I S Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc	u auditif, c	omporteme	ent de l'enfant,
4-RESPONSABLES DU MINEUR Responsable N°1 : NOM :	 >		PRÉNOM :
TEL DOMICILETEL TRA TEL PORTABLE :	VAIL		TEL TRAVAIL
Responsable N°2:: NOM: PRÉNOM:	 >		
ADRESSE TEL DOMICILE TEL DOMICILE	VAIL		TEL TRAVAIL
TEL PORTABLE:			
NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :			
Je soussigné(e)		esponsable m'engage prendre, le ur.	responsable légal du mineur, t m'engage à les réactualiser si prendre, le cas échéant, toutes eur.

**ANNEXE N°2**