MAIRIE
de
PRINQUIAU
LOIRE-ATLANTIQUE
44260

RESTAURATION SCOLAIRE MUNICIPALE

ANNÉE 2022-2023

INSCRIPTION pour l'année scolaire 2022-2023
Dossier à déposer à la Mairie avant le 07 JUILLET 2022

NOM DE LA FAMILLE	

Nom de l'enfant	
Prénom	
Date de Naissance	

Ecole	
Classe	
Nom de l'instituteur	

☐ enfant ☐ adulte

Déjeunera au Restaurant scolaire municipal les jours suivants :

☐ lundi ☐ mardi ☐ jeudi ☐ vendredi

☐ pendant toute l'année scolaire
☐ ponctuellement (facturation minimum 5 €)

Bien vouloir signaler les régimes alimentaires particuliers

.....

.....

(Un protocole de soins d'urgence devra être fourni par un médecin. Demander un PAI, projet d'accueil individualisé, au médecin scolaire pour le 8 juillet 2021)

PERSONNES RESPONSABLES DE L'ENFANT

NOM	NUMERO DE TÉLÉPHONE

TARIFS DU REPAS	
Enfant	4,75 € maximum (selon quotient familial)
Adulte	7.07 €

TARIF PRESENCE AU RESTAURANT	
Enfant ayant un PAI	1,63 €

ATTENTION

Pour les familles aux revenus les plus modestes une aide sous forme de réduction de tarif sera appliquée en fonction du quotient familial. Cette tarification, en fonction de la loi de Finances, assurée pour au moins l'année scolaire, pourrait ne pas être reconduite chaque année.

Pour les familles aux revenus les plus modestes et les familles nombreuses une aide sous forme de réduction de tarif sera appliquée en fonction du quotient familial.

TARIFS EN FONCTION DU QUOTIENT FAMILIAL (enfant)		TARIFS FAMILLE DE 3 ENFANTS ET PLUS
Quotient de	Tarifs	Tarifs
0 à 400	0,90 €	0,90 €
401 à 650	1,00 €	1,00 €
651 à 800	4,32 €	3,52 €
801 à 1000	4,62 €	3,79 €
1001 et plus	4,75 €	3,90 €

CES TARIFS SONT SUSCEPTIBLES D'ETRE MODIFIES EN JUIN 2023

Fournir une photocopie de l'attestation CAF notifiant le quotient familial.

Numéro allocataire CAF : .....

Quotient Familial : .....

Pour le cas où un dossier serait incomplet, ou déposé hors délai, le tarif normal sera appliqué.

Facturation à :

Nom – Prénom (Père)	
Adresse	
Téléphone	
Mail	

Nom – Prénom (Mère)	
Adresse	
Téléphone	
Mail	

Les parents attestent avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant

Fait à _____

le _____

Signatures des parents
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

Le traitement des informations recueillies est réalisé dans le respect du règlement général sur la protection des données (RGPD) et de la loi « informatique et libertés ».

FICHE D'URGENCE RESTAURANT SCOLAIRE

NOM : ..... PRENOM : .....

Date de Naissance : .....

Classe : ..... ÉTABLISSEMENT : École .....

Nom et adresse des parents ou du responsable légal : .....

.....

Mail : .....

Numéro et adresse du centre de Sécurité Sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

.....

Numéro et adresse de l'assurance scolaire : .....

En cas d'accident, le service de restauration s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

NOM	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame ..... autorisons l'anesthésie de notre fils/fille ..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A ....., Le .....

Signature des Parents

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : .....

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de la Mairie (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre) : .....

.....

.....

Nom, adresse et N° de téléphone du médecin traitant : .....

.....

.....

(En cas d'hospitalisation cette fiche suivra l'enfant)

Le traitement des informations recueillies est réalisé dans le respect du règlement général sur la protection des données (RGPD) et de la loi « informatique et libertés ».

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

En signant ce formulaire vous autorisez la Mairie de Prinquiau à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mairie de Prinquiau. 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.

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR

Nom: ____

Prénom: ____

Adresse: ____

CP: __________________ Ville: ____

Pays: ____

DÉSIGNATION DU COMPTE Á DÉBITER

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

IBAN-Numéro d'identification international du compte bancaire

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

BIC-Code international d'identification de votre banque

TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent/répétitif ☐ Paiement ponctuel ☐

CRÉANCIER

Nom : Mairie de Prinquiau
ICS : FR 13ZZZ509026
Adresse : 2 rue de la Gagnerie
44260 PRINQUIAU

Fait à : Signature :
Le :

SI VOUS CHOISISSEZ LE PRÉLÈVEMENT

Complétez le formulaire et retournez le accompagné d'un RIB portant les références IBAN et BIC à :

MAIRIE DE PRINQUIAU
2 rue de la Gagnerie
44260 PRINQUIAU

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

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 MAIRIE DE PRINQUIAU. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différent directement avec la MAIRIE DE PRINQUIAU.