**1er enfant**

Nom : Prénom(s) :

Sexe : Fille Garçon Né(e) le : …../.…../……. à :……………………………………Département :…………

Nom du médecin traitant ………………………………………… Téléphone :…………………………………….

Adresse :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance d’établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre …) Fournir un justificatif médical:

**Inscription**

ECOLE :……………………………………….. CLASSE : ……………………

**Planning cantine** : Lundi Mardi Jeudi Vendredi Occasionnel : Envoyer par mail les inscriptions

**2ème enfant**

Nom : Prénom(s) :

Sexe : Fille Garçon Né(e) le : …../.…../……. à :……………………………………Département :…………

Nom du médecin traitant ………………………………………… Téléphone :…………………………………….

Adresse :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance d’établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre …) Fournir un justificatif médical:

**Inscription**

ECOLE :……………………………………….. CLASSE : ……………………

**Planning cantine** : Lundi Mardi Jeudi Vendredi Occasionnel : Envoyer par mail les inscriptions

Nom : **3ème enfant**

Nom :………………………………………………………………………Prénom(s) :…………………………………………………………………… Sexe :  : : Fille Garçon Né(e) le : …../.…../……. à :……………………………………Département :…………

Nom du médecin traitant ………………………………………… Téléphone :…………………………………….

Adresse : ……………………………………………………………N

om :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance d’établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre …) Fournir un justificatif médical:

**Inscription**

ECOLE :……………………………………….. CLASSE : ……………………

**Planning cantine** : Lundi Mardi Jeudi Vendredi Occasionnel : Envoyer par mail les inscriptions

Adresse :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance d’établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre …) Fournir un justificatif médical:

**Inscription**

ECOLE :……………………………………….. CLASSE : ……………………

**Planning cantine** : Lundi Mardi Jeudi Vendredi Occasionnel : Envoyer par mail les inscriptions

Prénom(s) :

Sexe : Fille Garçon Né(e) le : …../.…../……. à :……………………………………Département :…………

Nom du médecin traitant ………………………………………… Téléphone :…………………………………….

Adresse :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance d’établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre …) Fournir un justificatif médical:

**Inscription**

ECOLE :……………………………………….. CLASSE : ……………………

**Planning cantine** : Lundi Mardi Jeudi Vendredi Occasionnel : Envoyer par mail les inscriptions

 Prénom(s) :

Sexe : Fille Garçon Né(e) le : …../.…../……. à :……………………………………Département :…………

Nom du médecin traitant ………………………………………… Téléphone :…………………………………….

Adresse :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance d’établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre …) Fournir un justificatif médical:

**Inscription**

ECOLE :……………………………………….. CLASSE : ……………………

**Planning cantine** : Lundi Mardi Jeudi Vendredi Occasionnel : Envoyer par mail les inscriptions

Prénom(s) :

Sexe : Fille Garçon Né(e) le :

**Règles d’or cantine, garderie et cour:**

-J’arrive au restaurant scolaire dans le calme et sans courir

-Je vais aux toilettes si nécessaire avant le repas et je me lave les mains

-Je prends mon repas dans le calme, proprement en évitant tout gaspillage, je respecte et je suis poli avec le personnel et mes camarades

-Je ne fais pas de gestes violents, ils peuvent blesser mes camarades

-Je fais attention à ne pas casser la vaisselle

-Si j’ai besoin de quelque chose, je lève le doigt sans ne me déplacer ni crier.

-Je goûte à tous les plats.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1erenfant** | **2ème enfant** | **3ème enfant** |
| Nom :Prénom :Signature : | Nom :Prénom :Signature : | Nom :Prénom :Signature : |

**Parents**

**Père ou responsable 1 de(s) l’enfant(s)**  Autorité parentale : oui non

Nom et prénom :……………………………………………………………………………………………………

Adresse :

N° de téléphone : …………………………………….

Profession : ………………………………………………N° tél professionnel :…………………….

**Mère ou responsable 2 de(s) l’enfant(s)** Autorité parentale : oui non

Nom et prénom :……………………………………………………………………………………………………

Adresse :

N° de téléphone : …………………………………….

Profession : ………………………………………………N° tél professionnel :…………………….

**Accord du règlement :**

Je soussigné(e)(s) Monsieur /Madame Responsable légal déclare(nt) avoir pris connaissance du règlement intérieur des services périscolaires municipaux et en accepte(nt) les termes.

**Le : Signature(s)**

 **Avec la mention « Lu et Approuvé »**

**Mail auquel la facture doit être adressée :**

**Mandat Prélèvement SEPA**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez COMMUNE DE MOUSTOIR-AC à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de COMMUNE DE MOUSTOIR-AC.

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 sous 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

###

Désignation du titulaire du compte à débiter Identifiant créancier SEPA (FR85ZZ545172)

Nom : Mairie de Moustoir-Ac

Adresse : 11 rue de la Maillette

Code postal : 56500

Ville : MOUSTOIR-AC

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| I | B | A | N |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ( |  |  |  | ) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Joindre un RIB au format IBAN BIC

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.

**Le : Signature(s)**

**Droit d’intervention**

Je soussigné(e), Madame/Monsieur,……………………………………………...…………………..…représentant légal de :

***-***

***-***

***-***

Autorise l’équipe de la commune de Moustoir-Ac à prendre après avis médical, toutes mesures rendues nécessaires par l’état de santé de mon/mes enfant(s).

Le Signature

**Autorisation de quitter la garderie**

Je soussigné(e), Madame/Monsieur,……………………………………………...……………………….…représentant légal de :

***-***

***-***

***-***

autorise mon/mes enfant(s) à quitter la garderie accompagné d’un adulte de liste ci-dessous :

Nom et prénom : …………...……………………………………………………………………………..

Lien avec l’enfant : ……………………………………………………...Téléphone : ………………………………………………

Nom et prénom : …………...……………………………………………………………………………..

Lien avec l’enfant : ……………………………………………………...Téléphone : ………………………………………………

Nom et prénom : …………...……………………………………………………………………………..

Lien avec l’enfant : ……………………………………………………...Téléphone : ………………………………………………

Nom et prénom : …………...……………………………………………………………………………..

Lien avec l’enfant : ……………………………………………………...Téléphone : ………………………………………………

Le Signature

**Autorisation de quitter seul(e/es) la navette de Bus**

Je sousigné(e) ………………………………………………………………………………….autorise mon (mes) enfant(s) âgé(e/es) de plus de 8 ans :

-

-

-

à être seul à l’arrêt de bus situé à la Chapelle de Kerhéro ; sans responsable légal accompagnateur.

Le Signature

**Droit à l’image**

Je soussigné(e), Madame/Monsieur,…………………………………………………...………….………représentant légal de :

***-***

***-***

***-***

autorise le personnel de la commune de Moustoir-Ac à prendre des prises de vue de mon/mes enfant(s) pour une utilisation éventuelle (bulletin, cantine, garderie ...).

Le Signature

**DROIT D’INTERVENTION**

Je soussigné(e), Madame/Monsieur,……………………………………………………...…………représentant légal de :

**-**

**-**

**-**

autorise l’équipe de la commune de Moustoir-Ac à prendre après avis médical, toutes mesures rendues nécessaires par l’état de santé de mon/mes enfant(s).

**Le Signature**