



INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE

ANNEE 2025-2026

Enfant : NOM Prénom

ÉCOLE : ☐ Maternelle, ou ☐ Primaire

Classe.....

Déjeunera au Restaurant Scolaire municipal les jours suivants :

Mon enfant mangera au restaurant scolaire le jour de la rentrée : OUI ☐ NON ☐

☐ Pendant toute l'année scolaire : ☐ lundi ☐ mardi ☐ jeudi ☐ vendredi

☐ Ne mangera pas à la Cantine

Facturation à : NOM..... Prénom.....

Adresse.....

.....

Téléphone des parents (obligatoire) :

Fixe :

Portable :

Mail :

Téléphone des autres personnes à contacter, si les parents sont indisponibles :

Nom / Prénom : Fixe : Portable :

Nom / Prénom : Fixe : Portable :

En cas de maladie ou d'accident au Restaurant Scolaire, nous vous demandons de bien vouloir nous indiquer :

Le nom, adresse et numéro de téléphone :

- de votre médecin traitant :

.....

Votre enfant est-il concerné par un **Projet d'Accueil Individualisé** ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, veuillez remplir le document au dos de cette fiche et vous présenter en Mairie, afin de retirer un dossier de PAI.

Je certifie avoir lu, et accepté, le règlement intérieur de la restauration scolaire.

Fait à

Signature

Le

Autorisation Parentale

URGENCE

Je soussigné (e).....

Autorise les responsables de la cantine à administrer à l'enfant, en cas d'urgence, tous les soins nécessités par son état, et à le transporter dans un véhicule de secours au centre hospitalier le plus proche.

Fait àLeSignature :

POUR LA PRISE DE MÉDICAMENTS DANS LE CADRE D'UN P.A.I SUR LE TEMPS DE LA RESTAURATION SCOLAIRE

Je soussigné (e).....

Parent, ou tuteur légal, de l'enfant

Né(e) le

Fréquentant l'école

Demande et autorise les personnels en charge du temps scolaire ou périscolaire à administrer, suivant la prescription, le ou les médicaments à notre enfant.

Je m'engage à faire connaître immédiatement toute modification du traitement.

Fait à.....

Le.....

Signature du parent, ou du tuteur légal.

Contrat de prélèvement automatique relatif au paiement des factures de restaurant scolaire

1. Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet la demande et l'autorisation du prélèvement automatique sur le compte bancaire du demandeur / redevable pour le paiement des repas consommés dans le restaurant scolaire géré par la Commune d'Andé, pour les enfants inscrits à ce service.

2. Redevable

Nom :

Prénom :

Adresse :

E-mail :

Numéro de téléphone :

Le redevable autorisera la Commune d'Andé à prélever, sur son compte bancaire, le montant des repas facturés pour ses enfants inscrits à la restauration scolaire.

3. Avis d'échéance

Le redevable recevra pour chaque période une facture indiquant le montant, ainsi que la date du prélèvement.

4. Changement de compte bancaire

Le redevable qui change de numéro de compte bancaire, d'agence, ou de banque doit se procurer un nouvel imprimé de demande d'autorisation de prélèvement auprès de la Mairie d'Andé. Il conviendra de le remplir et de le retourner accompagné du nouveau RIB. La prise en compte des nouvelles coordonnées bancaires sera effective pour le mois suivant.

5. Changement d'adresse

Le redevable qui change d'adresse doit avertir sans délai la Commune d'Andé.

6. Echéances impayées

Si le prélèvement ne peut être effectué (insuffisance de fonds sur le compte, clôture de compte...), un rappel sera adressé par les Finances Publiques des Andelys. A défaut de paiement après rappel, la facture sera mise en recouvrement par le Trésor Public. Les frais de rejets seront alors imputés à la charge du redevable sauf erreur de la collectivité.

7. Renouvellement du contrat de prélèvement

Sauf avis contraire du redevable, le prélèvement est automatiquement reconduit.

8. Fin de contrat

Le redevable peut révoquer l'autorisation de prélèvement à tout moment, en informant la Mairie d'Andé. La révocation sera prise en compte sur la période de facturation suivante.

Bon pour accord de prélèvement.

A..... Le

Signature du Redevable,

Mandat de prélèvement SEPA

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée avec elles. Toute demande de remboursement doit être présentée :

- Veillez compléter tous les champs (*) du mandat, joindre un RIB, puis adresser l'ensemble à la Mairie d'Andé.**

<u>Débiteur :</u> Nom Prénom (*) : Adresse (*) : Code postal (*) : Ville (*) : Pays (*) :	Identifiant du Créancier SEPA :FR34ZZZ80C6F1-000001-C0571 Nom : Commune d'Andé Adresse : 5, Rue des Ecoles Code postal : 27430 Ville : Andé Pays : France
---	---

IBAN (*) : <table border="1" style="display: inline-table; width: 300px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> BIC (*) : <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	PAIEMENT : ☒ Récurent / Répétitif ☐ Ponctuel
--	--

Signature (*)

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