



FICHE MÉMO

À conserver à portée de main

RESTAURANT SCOLAIRE :

- ⇒ Nous pouvons décommander (sans vous facturer) le repas de votre enfant ; si nous sommes prévenus la veille avant 10 H 00.
- ⇒ Le premier jour d'absence (en cas de maladie par exemple) vous sera automatiquement facturé même si vous nous présentez un certificat médical. Au-delà, si nous sommes **prévenus de la durée** de l'absence nous pourrons décommander les repas prévus **sans facturation**.
- ⇒ En période scolaire, nous commandons les repas le vendredi matin à 10 H 00 pour la semaine suivante.
- ⇒ En période de vacances, nous commandons les repas le dernier mercredi (des vacances) matin à 10 H 00 pour la semaine de la rentrée.

Nous prévenir :

Par mail : commune.bavent.accueil14@orange.fr

Une réponse vous sera envoyée pour attester de la bonne réception de votre mail

Par téléphone : 02 31 78 00 83

En mairie :

Lundi : 09H - 12H

Mardi : 09H - 12H / 16H - 19H

Mercredi : 09H - 12H

Jeudi : 09H - 12H / 16H - 18H

Vendredi : 09H - 12H

GARDERIES PÉRISCOLAIRES :

Garderie **PETITS** :

02. 31. 78. 06. 65

Garderie **GRANDS** :

02. 31. 78. 86. 13

HORAIRE :

07 H 30 – 08 H 50 / 16 H 30 -18 H 30

RESPONSABLES LÉGAUX

Mère Père _____

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Lieu – dit : _____

Code Postal et ville : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Profession : _____

Nom de l'employeur : _____

Adresse : _____

Code postal et ville : _____

Téléphone : _____

Mère Père _____

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Lieu – dit : _____

Code Postal et ville : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Profession : _____

Nom de l'employeur : _____

Adresse : _____

Code postal et ville : _____

Téléphone : _____

ENFANT

Nom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Prénom : _____

Lieu de naissance : _____

Future classe : _____

Inscription :

Garderie

Restaurant scolaire

GARDERIE

Lundi		Mardi		Jeudi		Vendredi	
Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESTAURANT SCOLAIRE

Jours fixes pour l'année : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Pour raison professionnelle, le planning sera transmis en mairie **IMPÉRATIVEMENT** une semaine avant.

Régime particulier : **Oui** : (Lequel) _____ **Non**

FICHE SANITAIRE

POUR TOUTES ALLERGIES ALIMENTAIRES – MERCI DE FOURNIR UN CERTIFICAT MÉDICAL

Suit-il un traitement médical ? **Oui** : _____ **Non**

Est-il asthmatique ? **Oui** _____ **Non**

A-t-il une allergie alimentaire ? **Oui** : _____ **Non**

A-t-il une allergie médicamenteuse ? **Oui** : _____ **Non**

Autres : _____ **Non**

Un **P**rojet d'**A**ccueil **I**ndividualisé est-il en place ?

Oui - Date : ____ / ____ / ____ École : _____ **Non**

LE P.A.I DOIT OBLIGATOIREMENT ÊTRE VALIDÉ PAR LE MÉDECIN SCOLAIRE AVANT LA RENTRÉE SCOLAIRE.

Date dernier rappel **D**iphtérie **T**étanos **P**olio : ____ / ____ / ____

Date dernier rappel **BCG** (le cas échéant) : ____ / ____ / ____

ENFANT

Nom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Prénom : _____

Lieu de naissance : _____

Future classe : _____

Inscription :

Garderie

Restaurant scolaire

GARDERIE

Lundi		Mardi		Jeudi		Vendredi	
Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESTAURANT SCOLAIRE

Jours fixes pour l'année : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Pour raison professionnelle, le planning sera transmis en mairie **IMPÉRATIVEMENT** une semaine avant.

Régime particulier : **Oui** : (Lequel) _____ **Non**

FICHE SANITAIRE

POUR TOUTES ALLERGIES ALIMENTAIRES – MERCI DE FOURNIR UN CERTIFICAT MÉDICAL

Suit-il un traitement médical ? **Oui** : _____ **Non**

Est-il asthmatique ? **Oui** _____ **Non**

A-t-il une allergie alimentaire ? **Oui** : _____ **Non**

A-t-il une allergie médicamenteuse ? **Oui** : _____ **Non**

Autres : _____ **Non**

Un **P**rojet d'**A**ccueil **I**ndividualisé est-il en place ?

Oui - Date : ____ / ____ / ____ École : _____ **Non**

LE P.A.I DOIT OBLIGATOIREMENT ÊTRE VALIDÉ PAR LE MÉDECIN SCOLAIRE AVANT LA RENTRÉE SCOLAIRE.

Date dernier rappel **D**iphtérie **T**étanos **P**olio : ____ / ____ / ____

Date dernier rappel **BCG** (le cas échéant) : ____ / ____ / ____

ENFANT

Nom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Prénom : _____

Lieu de naissance : _____

Future classe : _____

Inscription :

Garderie

Restaurant scolaire

GARDERIE

Lundi		Mardi		Jeudi		Vendredi	
Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESTAURANT SCOLAIRE

Jours fixes pour l'année : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Pour raison professionnelle, le planning sera transmis en mairie **IMPÉRATIVEMENT** une semaine avant.

Régime particulier : **Oui** : (Lequel) _____ **Non**

FICHE SANITAIRE

POUR TOUTES ALLERGIES ALIMENTAIRES – MERCI DE FOURNIR UN CERTIFICAT MÉDICAL

Suit-il un traitement médical ? **Oui** : _____ **Non**

Est-il asthmatique ? **Oui** _____ **Non**

A-t-il une allergie alimentaire ? **Oui** : _____ **Non**

A-t-il une allergie médicamenteuse ? **Oui** : _____ **Non**

Autres : _____ **Non**

Un **Projet d'Accueil Individualisé** est-il en place ?

Oui - Date : ____ / ____ / ____ École : _____ **Non**

LE P.A.I DOIT OBLIGATOIREMENT ÊTRE VALIDÉ PAR LE MÉDECIN SCOLAIRE AVANT LA RENTRÉE SCOLAIRE.

Date dernier rappel **D**iphtérie **T**étanos **P**olio : ____ / ____ / ____

Date dernier rappel **BCG** (le cas échéant) : ____ / ____ / ____

VOTRE FOYER

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

Situation : Non scolarisé Collégien Lycéen
 Étudiant En formation Autre : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

Situation : Non scolarisé Collégien Lycéen
 Étudiant En formation Autre : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

Situation : Non scolarisé Collégien Lycéen
 Étudiant En formation Autre : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

Situation : Non scolarisé Collégien Lycéen
 Étudiant En formation Autre : _____

**PERSONNES AUTORISÉES À REPRENDRE L'ENFANT
AU RESTAURANT SCOLAIRE ET À LA GARDERIE**

***Autres que les parents
Avec un maximum de 4 personnes***

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

ASSURANCES

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal et ville : _____

N° Sociétaire : _____

N° Allocataire C.A.F. : _____

Autre régime : _____

Les enfants ont-ils une assurance responsabilité civile ?

Oui. Non.

Les enfants ont – ils une assurance individuelle accident ?

Oui. Non.

MÉDECIN TRAITANT

Docteur : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

Téléphone : _____

FACTURATION

Facture adressé à : **Monsieur** **Madame**

Modalité de paiement :

1. **Chèque bancaire** à l'ordre du « Trésor Public » ou en numéraire à adresser au

CENTRE DES FINANCES PUBLIQUES DE CABOURG – DIVES

29 BIS Avenue Alfred Piat

BP 4

14390 CABOURG

2. **Par prélèvement** ; si ce moyen de paiement vous convient, merci de fournir le Mandat SEPA (ci-après) dûment complété et nous fournir un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

3. **Par carte bancaire** sur internet : <http://www.tipi.budget.gouv.fr/>

Toutes les informations vous seront transmises sur la facture

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :
(Zone réservée à la collectivité)

Type de contrat : SEPA CORE DIRECT DEBIT

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

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 (huit) semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé
- sans tarder et au plus tard dans les 13 (treize) mois en cas de prélèvement non autorisé

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR195ZZZ82AE38

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom et prénom :

Adresse :

Suite adresse :

Code postal :

Commune :

Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : COMMUNE DE BAVENT

Adresse : Rue Petite Justice

Code postal : 14860

Commune : BAVENT

Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE
DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif
 Paiement ponctuel

Signé à :

le (JJ/MM/AAAA) :

Signature

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE
(SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MÊME ET LE CAS ECHEANT)

Nom et prénom du tiers débiteur :

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 Commune de Bavent.

En cas de litige sur un prélèvement, je pourrais en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque.

Je réglerai le différend avec la Commune de Bavent.

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.

AUTORISATION PARENTALE POUR L'USAGE DE PHOTOS, DE VIDÉOS

Nom : **MAIRIE.**

Année scolaire **2018 – 2019.**

Adresse : **Rue de la petite justice – 14860 BAVENT.**

Le droit à l'image se fonde sur le principe de respect de la vie privée reconnu à toute personne et en particulier au mineur (article 9 du Code civil). Cela signifie que toute diffusion d'une image, d'une vidéo sans le consentement des représentants légaux du mineur est une atteinte à son droit à la vie privée.

Dans le cadre scolaire, le droit à l'image des élèves mineurs est géré par leurs parents ou tuteur ; afin de prévenir tout contentieux, la prise de vue d'élèves doit donc être précédée d'une demande d'autorisation écrite aux parents ou tuteur qui précise le cadre dans lequel l'image de leur enfant sera utilisée.

La mairie susnommée vous demande l'autorisation d'utiliser des photos, des vidéos de votre enfant prises au cours de la garderie ou du restaurant scolaire. Ces enregistrements pourront être diffusés à un public : communal, de parents d'élèves.

Via un support : CD, DVD, projection, papier, photographies, site internet.

Conformément à la loi, le libre accès aux données qui vous concernent est garanti. Vous pouvez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait de ces données si vous le jugez utile.

Les enregistrements ne seront ni communiqués à d'autres personnes, ni vendus, ni utilisés à d'autres usages.

Nous, soussignés : _____

Responsables légaux de l'élève :

Nom : _____

Prénom : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Déclarons autoriser la mairie désignée ci-dessus à utiliser les enregistrements, photographies de notre enfant dans le cadre précis décrit ci-dessus uniquement.

Déclarons refuser que notre enfant soit enregistré dans le cadre de la garderie ou du restaurant scolaire (dans le cas de photos, le visage de votre enfant sera rendu flou avec un logiciel de retouche d'images de manière à le rendre totalement impossible à identifier)

DÉCLARATION

Je, soussigné(e),

Déclare avoir pris connaissance du livret des informations et règlements remis en mains propres avec le dossier.

Je m'engage à me conformer à ce(s) règlement(s), à avertir le secrétariat de la mairie pour tout changement relatif aux renseignements contenus dans la présente fiche dont j'atteste l'exactitude.

J'autorise le personnel du restaurant scolaire, de la garderie, ou des Temps d'Activités Périscolaires à prendre, en cas d'accident grave, toutes mesures d'urgence imposées par l'état de mon enfant.

Fait à : _____

Le : ____ / ____ / ____

Signature :

SI VOUS ÊTES CONCERNÉS ; N'OUBLIEZ PAS :

Votre feuille d'imposition 2017 sur les revenus 2016.
(Voir règlement intérieur du restaurant scolaire.)