

Cantine municipale
Rue Jules Ferry
66650 BANYULS-SUR-MER
Tél/Fax : 04 68 88 38 22

ANNÉE SCOLAIRE : 2020 / 2021 **Date de début d'inscription :** _____

ÉLÈVE

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____
Lieu de naissance : _____

École Maternelle classe Élémentaire classe

PARENTS ou RESPONSABLE(S)

Autorité parentale conjointe OUI NON

Père ou responsable légal I

Mère ou responsable légal II

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____

Adresse mail : _____
Téléphone : Fixe _____
Portable _____

Adresse mail : _____
Téléphone : Fixe _____
Portable _____

Profession : _____
Employeur : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____

Profession : _____
Employeur : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____

Médecin traitant : _____

Hospitalisation en cas d'urgence :
Hôpital Clinique Nom de la clinique : _____

Votre enfant a-t-il une pratique alimentaire? Sans VIANDES Sans PORC

Votre enfant présente-t-il une ou plusieurs allergies ? OUI NON

Si oui* laquelle (lesquelles) ? _____

* Fournir un certificat médical mise en place d'un PAI Obligatoire

Merci de cocher les jours d'inscription souhaités

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
A L'unité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au forfait	<input type="checkbox"/>	TOUS LES JOURS		

Â _____, le _____

Signatures :

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique du mandat (RUM) :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la Commune de BANYULS-SUR-MER 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 BANYULS-SUR-MER**.

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

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA

IBAN :FR38 3000 1006 31D6 6400 0000 090

BIC : BDFEFRPPCCT

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
.....

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER

Commune de BANYULS-SUR-MER
6 avenue de la République
66650 BANYULS-SUR-MER

BANQUE :

Établissement teneur du compte :

Adresse :
.....
.....

IBAN :

BIC :

Signé le :
À

Signature du titulaire du compte à débiter

.....

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

DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE DU SERVICE RESTAURATION SCOLAIRE DE BANYULS-SUR-MER

Restauration scolaire Maternelle Élémentaire

Nom et prénom de l'enfant :

Nom du responsable :

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 BANYULS-SUR-MER**.

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 BANYULS-SUR-MER**

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,