

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 :** \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

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
<b>A L'unité</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Au forfait</b>	<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,