



MAIRIE  
de  
**PRINQUIAU**  
LOIRE-ATLANTIQUE  
44260

# RESTAURATION SCOLAIRE MUNICIPALE

## ANNÉE 2019-2020



INSCRIPTION pour l'année scolaire 2019-2020  
Dossier à déposer à la Mairie avant le 6 juillet 2019

NOM DE LA FAMILLE	
-------------------	--

Nom de l'enfant	
Prénom	
Date de Naissance	

Ecole	
Classe	
Nom de l'instituteur	

enfant

adulte

*Déjeunera au Restaurant scolaire municipal les jours suivants :*

lundi

mardi

jeudi

vendredi

pendant toute l'année scolaire

ponctuellement (facturation minimum 5 €)



*Bien vouloir signaler les régimes alimentaires particuliers*

*(Un protocole de soins d'urgence devra être fourni par un médecin. Demander un PAI, projet d'accueil individualisé, au médecin scolaire pour le 6 juillet 2018)*

### PERSONNES RESPONSABLES DE L'ENFANT

NOM	NUMERO DE TÉLÉPHONE

TARIFS DU REPAS	
Enfant	4,60 € maximum (selon quotient familial)
Adulte	6,84 €

TARIF PRESENCE AU RESTAURANT	
Enfant ayant un PAI	1,63 €

### TARIFS EN FONCTION DU QUOTIENT FAMILIAL (enfant)

Quotient de	Tarifs
0 à 400	3,58 €
401 à 650	4,00 €
651 à 800	4,23 €
801 à 1000	4,47 €
1001 et plus	4,60 €

Pour les familles aux revenus les plus modestes une aide sous forme de réduction de tarif sera appliquée en fonction du quotient familial.

**CES TARIFS SONT SUSCEPTIBLES D'ETRE MODIFIES EN JUIN 2020**

Fournir une photocopie de l'attestation CAF notifiant le quotient familial.

Numéro allocataire CAF : .....

Quotient Familial : .....



Pour le cas où un dossier serait incomplet, ou déposé hors délai, le tarif normal sera appliqué.

#### Facturation à :

Nom - Prénom (Père)	
Adresse	
Téléphone	
Mail	

Nom - Prénom (Mère)	
Adresse	
Téléphone	
Mail	

Les parents attestent avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant

Fait à \_\_\_\_\_  
le \_\_\_\_\_

Signatures des parents  
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

# FICHE D'URGENCE RESTAURANT SCOLAIRE

NOM : ..... PRENOM : .....

Date de Naissance : .....

Classe : ..... ÉTABLISSEMENT : École .....

Nom et adresse des parents ou du responsable légal : .....

Mail : .....

Numéro et adresse du centre de Sécurité Sociale : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro et adresse de l'assurance scolaire : .....

En cas d'accident, le service de restauration s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

### PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

NOM	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

## AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame ..... autorisons l'anesthésie de notre fils/fille ..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.



A ....., Le .....  
Signature des Parents

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : .....

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de la Mairie (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre) : .....

Nom, adresse et N° de téléphone du médecin traitant : .....

(En cas d'hospitalisation cette fiche suivra l'enfant)

Le traitement des informations recueillies est réalisé dans le respect du règlement général sur la protection des données (RGPD) et de la loi « informatique et libertés ».

# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA



## RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT

En signant ce formulaire vous autorisez la Mairie de Prinquiau à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mairie de Prinquiau. 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 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

## NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

CP: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Pays: \_\_\_\_\_

## DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

IBAN-Numéro d'identification international du compte bancaire

BIC-Code international d'identification de votre banque

## TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent/répétitif

Paiement ponctuel

## CRÉANCIER

Nom : Mairie de Prinquiau  
ICS : FR 13ZZZ509026  
Adresse : 2 rue de la Gagnerie  
44260 PRINQUIAU

Fait à :  
Le :

Signature :

## SI VOUS CHOISISSEZ LE PRÉLÈVEMENT

Complétez le formulaire et retournez le accompagné d'un RIB portant les références IBAN et BIC à :  
**MAIRIE DE PRINQUIAU**  
**2 rue de la Gagnerie**  
**44260 PRINQUIAU**

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 MAIRIE DE PRINQUIAU. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différent directement avec la MAIRIE DE PRINQUIAU.