




01- DOSSIER D'INSCRIPTION 2018/2019

ÉLÈVE

Nom	
Prénom	

E- mail de Facturation	
Adresse de Facturation	
Tél. Portable	

Pièces à joindre au dossier

Vous voudrez bien compléter le dossier d'inscription ci-joint et le retourner en mairie ou par mail en PDF  restaurantscolaire@mairie-morance.fr

au plus tard avant le 30 juin 2018

Accompagnées des pièces suivantes entièrement renseignées et signées

Dossier d'inscription pré-remplie à vérifier et à corriger en rouge si nécessaire

MODALITÉ DE RÈGLEMENT :

- Par prélèvement automatique :** Mandat de prélèvement SEPA à compléter et à retourner accompagné d'un RIB
- Paiement en ligne :** TIPI par carte bancaire (un identifiant personnel pour chaque famille et un code d'accès sera indiqué sur la facture)
- Par chèque :** à l'ordre du Trésor Public à régler directement auprès de la Trésorerie de Chazay d'Azergues

AUCUN DOSSIER D'INSCRIPTION NE SERA PRIS EN COMPTE SANS UN DOSSIER COMPLET



Toute réservation faite la veille après 11h00 verra son tarif majoré.

L'annulation d'une inscription au restaurant scolaire doit intervenir la veille avant 11h00 (jours ouvrés) sans quoi l'inscription sera facturée. Les demandes d'annulation et/ou modification se font uniquement par mail : restaurantscolaire@mairie-morance.fr



02 - Fiche individuelle enfant

Prénom :

Nom :

Sexe :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Ecole :

Classe :

Informations médicales

Nom du médecin :

Téléphone du médecin :

Protocole d'accueil individualisé : oui NON

Assurance

Compagnie d'assurance :

Numéro de police :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Prénom	Nom	Lien de Parenté	Téléphone	Mobile

Informations complémentaires

Autorise à partir seul	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Autorise l'hospitalisation en cas d'urgence	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Autorisation la prise de photo	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Autorise la participation aux sorties scolaires	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Port de lunettes	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Port d'un appareil dentaire	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>



Port d'un appareil auditif

Oui

Non

Pratiques alimentaires

Type de régime

Commentaires

Type de régime	Commentaires

Données complémentaires

Contact en cas de problème	
Hôpital choisi	
Médecin Traitant	

Date et signature



03 - Fiche de la famille

Responsable

Civilité : Prénom : Nom :

Situation

Qualité* : Situation familiale** :

* Père / Mère / Belle-mère / Beau-père /

** Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

Adresse

Adresse :

Code postal : Ville :

Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Téléphone mobile :

Profession

Profession : Catégories socio-professionnelles : *

Employeur : Adresse :

* Agriculteurs exploitants / Artisans, commerçants et chefs d'entreprise / Autres personnes sans activité professionnelle /
Cadres et professions intellectuelles supérieures / Employés / Ouvriers / Professions intermédiaires / Retraités

Organismes Tiers

N° CAF : N° MSA : Régime* :

* Régime agricole / Régime général / Hors régime général

Autorisations

Information par mail* : Information par SMS* :

* Oui / Non



03 - Fiche de la famille

Conjoint

Civilité :

Prénom :

Nom :

Situation

Qualité * :

Situation familiale** :

* Père / Mère / Belle-mère / Beau-père /

* Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

Adresse

Adresse :

Code postal :

Ville :

Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Téléphone mobile :

Profession

Profession :

Catégories socio-professionnelles : *

Employeur :

Adresse :

* Agriculteurs exploitants / Artisans, commerçants et chefs d'entreprise / Autres personnes sans activité professionnelle /

Cadres et professions intellectuelles supérieures / Employés / Ouvriers / Professions intermédiaires / Retraités

Autorisations

Information par mail * :

Information par SMS * :

* Oui / Non

Données complémentaires

Date et signature



04 - Fiche d'inscription 2018-2019

Réservation des repas

Une fiche par Enfant

Etablissement : Ecole de Morancé

Nom de l'élève :

Prénom :

Repas enfants

Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher (X)

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

Inscription occasionnelle

(Inscription ou annulation par mail J-1 avant 10h)

Pour les familles monoparentales, demande facturation séparée : OUI NON

Calendrier de garde alternée cocher une [X] :

Père les semaines Paires ou semaines impaires

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

Mère les semaines Paires ou semaines impaires

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

 Pour les enfants scolarisés à l'école maternelle, joindre à ce document les certificats de travail des parents.

Date et signature



Mandat de prélèvement SEPA

A compléter en lettres majuscules et au stylo noir

N° de référence unique de mandat (RUM) : (zone réservée à nos services)

NOM

NOM DE JEUNE FILLE

PRENOM

ADRESSE

.....

CODE POSTALE – VILLE

COORDONNEES BANCAIRES

IBAN ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

BIC _____

PRELEVEMENTS

Type de paiement : prélèvement récurrent

CREANCIER

MAIRIE DE MORANCÉ

Identifiant du créancier : FR 28 ZZZ 5695 75

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la MAIRIE DE MORANCÉ 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 MORANCÉ

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

Fait à

Signature :

Le