



FICHE D'INSCRIPTION ANNEE 2022-2023
ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE
RESTAURATION SCOLAIRE

UN SEUL DOSSIER PAR FAMILLE
MAIS UNE FICHE SANITAIRE OBLIGATOIRE PAR ENFANT

A RETOURNER EN MAIRIE AVANT LE 21 JUIN 2022

FICHE FAMILLE

Situation actuelle des parents : ☐ Célibataire ☐ Mariés ☐ Pacsés ☐ Divorcés ☐ Séparés ☐ Vie maritale ☐ Veu(ve)(f)

En cas de divorce ou séparation : Quel parent à la garde de l'enfant ? ☐ Mère ☐ Père

Représentant légal n°1

Nom et prénom :

Adresse :

Né(e) le : à

Téléphone portable :

Mail :

Représentant légal n°2

Nom et prénom :

Adresse :

Né(e) le : à

Téléphone portable :

Mail :

Régime n° allocataire C.A.F ou MSA : QF:

Nom de la compagnie d'assurance : N° contrat :

INFORMATIONS DIVERSES

Personne à contacter en cas d'urgence :

M. ou Mme

Tél :

NOM ET PRÉNOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE

FICHE ENFANT

ENFANT(S)	1 ☐ Masculin ☐ Féminin	2 ☐ Masculin ☐ Féminin	3 ☐ Masculin ☐ Féminin	4 ☐ Masculin ☐ Féminin
NOM				
PRÉNOM				
DATE ET LIEU DE NAISSANCE				
CLASSE ECOLE A LA RENTREE (2022-2023)				
Régime alimentaire	☐ Tous aliments ☐ Sans Porc ☐ Sans Viande	☐ Tous aliments ☐ Sans Porc ☐ Sans Viande	☐ Tous aliments ☐ Sans Porc ☐ Sans Viande	☐ Tous aliments ☐ Sans Porc ☐ Sans Viande

Autorisations

Je soussigné(e),, représentant légal des enfants

-
-

Autorise la diffusion publique y compris sur Facebook par la commune de Liverdun, des photographies et films contenant des images de mon enfant (Ville de Liverdun – Service Jeunesse).

☐ **Oui** ☐ **Non**

Autorise mes enfants à rentrer seul(e) à la fin des différentes activités (uniquement pour les enfants des écoles élémentaires).

☐ **Oui** ☐ **Non**

Mon ou mes enfants sont susceptibles de fréquenter :

- Les mercredis éducatifs : ☐ **Oui** ☐ **Non**
- L'accueil de loisirs pendant les vacances ☐ **Oui** ☐ **Non**
- L'aide aux devoirs ☐ **Oui** ☐ **Non**

J'accepte de me conformer aux règlements des différents services à consulter en ligne sur le site www.liverdun.fr onglet jeunesse, périscolaire. Je m'engage à signaler tout changement de situation (coordonnées téléphoniques, quotient familial ...)



1 FICHE PAR ENFANT OBLIGATOIRE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Polioomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).
Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

MÉDICAMENTEUSES

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

Précisez

☐ oui ☐ non
☐ oui ☐ non
☐ oui ☐ non

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :



1 FICHE PAR ENFANT OBLIGATOIRE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Polioomyélite				Rubéole-Orillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

MEDICAMENTEUSES

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

Précisez

☐ oui ☐ non
☐ oui ☐ non
☐ oui ☐ non

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

1 FICHE PAR ENFANT OBLIGATOIRE



FICHE SANITAIRE DE LIAISON DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES: ALIMENTAIRES

MEDICAMENTEUSES

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :
Précisez

☐ oui ☐ non
☐ oui ☐ non
☐ oui ☐ non

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE : TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :



1 FICHE PAR ENFANT OBLIGATOIRE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêt du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : kg ; Taille : cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

MEDICAMENTEUSES

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

Précisez

☐ oui ☐ non
☐ oui ☐ non
☐ oui ☐ non

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE : TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE : TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE : TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE : TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

MODE DE FACTURATION

Nom et adresse de l'envoi de la facture :

☐ Mère ☐ Père ☐ Autres (à préciser)

Adresse (si différente de celle sur la fiche famille) :

En cas de garde alternée, nous donner toutes précisions utiles :

Par constitution d'un dossier d'inscription, vous autorisez l'utilisation de votre adresse mail afin de vous transmettre les factures et des courriers. Si vous vous opposez, il faut le signifier par écrit à la Direction de la Restauration de la Communauté de Communes du Bassin de Pompey.

MODE DE PAIEMENT

Paiement au Centre des Finances Publiques 8 rue du 15 Septembre 1944 – 54320 MAXEVILLE, soit :

- Paiement par chèque à l'ordre du « Trésor Public ». Veuillez joindre le talon détachable à votre chèque, sans le coller ni l'agrafer.
- Par règlement en numéraire ou tickets CESU à la caisse du centre des finances publiques à Maxéville, chargée du recouvrement : veuillez rapporter dans ce cas le présent avis en venant payer, un reçu vous sera remis.
- Paiement en ligne par carte bancaire via le portail famille.
- Paiement par prélèvement automatique (joindre un RIB au présent dossier).

PIECES ADMINISTRATIVES A JOINDRE AU DOSSIER

- ☐ La présente fiche d'inscription complétée et signée y compris les fiches sanitaires de liaison (Cerfa n°10008*02) jointes au dossier signé (1 fiche sanitaire par enfant).
- ☐ Avis d'imposition N-1 ou non-imposition du foyer fiscal.
- ☐ Photocopie de l'attestation d'assurance (responsabilité civile).
- ☐ Justificatif de domicile (de moins de 3 mois).
- ☐ En cas de séparation des parents, joindre la photocopie de la décision de justice fixant les modalités d'exercice de l'autorité parentale et d'hébergement ainsi que la copie du livret de famille (père, mère, enfants).
- ☐ Attestation avec le n° d'allocataire CAF ou autre régime d'allocataire (MSA) ou copie de la carte.

Pour la mise en place du prélèvement automatique :

- ☐ RIB.
- ☐ Mandat de prélèvement SEPA **Restauration scolaire**.
- ☐ Mandat de prélèvement SEPA **Enfance-Jeunesse (périscolaire)**.

Tout changement de situation (coordonnées téléphoniques, quotient familial...) est à signaler dans les plus brefs délais par mail au service correspondant.

DONNÉES PERSONNELLES

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la commune de Liverdun, service périscolaire, pour permettre la gestion des activités périscolaires ou extrascolaires et leur facturation.

Elles sont conservées tant qu'un membre de la famille fréquente une des activités proposées.

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le service périscolaire à l'adresse électronique suivante : periscolaire@ville-liverdun.fr

Fait à

Signature des parents ou représentants légaux

Le

ACCUEIL PERISCOLAIRE ET RESTAURATION SCOLAIRE

L'accueil périscolaire propose plusieurs créneaux de garde (goûter non fourni par la commune) :

- Matin : 7h15 à 8h30 (Pas besoin d'inscription : le dossier doit tout de même nous être retourné)
- Soir, 1^{er} heure : 16h30-17h30
- Soir, 2^{ème} heure : 17h30-18h30
- Soir, 3^{ème} heure : 18h30-18h45
- **Soir : 18h45-19h00 (Brassens et Dolto uniquement).**

L'accès au portail famille vous permettra :

- D'inscrire ou désinscrire à l'accueil du soir **au plus tard la veille avant 11h ou le vendredi avant 11h pour le lundi.**
- D'inscrire ou de désinscrire à la restauration scolaire **au plus tard le jeudi de la semaine précédente.**
- D'accéder également à votre fiche d'identification que vous pouvez éventuellement compléter (seuls les renseignements utiles à la gestion de votre dossier sont actuellement enregistrés).

MERCREDIS EDUCATIFS

Les mercredis éducatifs proposent deux possibilités d'accueil :

- La journée complète de 9h à 17h (avec garde dès 7h45 le matin, et jusque 18h le soir). Dans ce cas, le repas est compris.
- La matinée de 9h à 12h (avec garde dès 7h45 le matin, et jusque 12h30 le midi). Dans ce cas, le repas n'est pas compris.

L'accès au portail famille vous permettra d'inscrire ou de désinscrire un enfant aux mercredis éducatifs au plus tard le dernier jeudi à 12h du mois précédent.

En cas d'absences (non annulation ou annulation en dehors des délais) la journée est due sauf production d'un certificat médical.

AIDE AUX DEVOIRS

Ce service est réservé en priorité aux élèves des classes de CE2, CM1 et de CM2 qui ont plus de devoirs à la maison, gagnent en autonomie, et peuvent s'entraider. Les élèves des classes de CP et de CE1 seront acceptés en fonction des places disponibles.

L'aide aux devoirs est proposée une heure par semaine par école primaire, de 16h30 à 17h30 :

- Lundi (Brassens)
- Mardi (Rond-Chêne)
- Jeudi (La Provence)

Votre enfant peut rejoindre l'accueil périscolaire après la séance. Les tarifs sont ceux d'une heure périscolaire.

Si j'inscris mon enfant à l'aide aux devoirs, je m'engage à ce que mon enfant participe de manière assidue aux activités auxquelles il est inscrit. En cas d'absence non justifiée, le service vous sera facturé.

INSCRIPTION

Les inscriptions sur les différentes activités se font directement sur le portail famille. En effet, nous souhaitons avec cette évolution réduire les impressions papier dans une dynamique plus respectueuse de l'environnement.

Cette modernisation permettra également pour vous par la suite, de fluidifier vos inscriptions/désinscriptions, et d'être totalement autonome sur la gestion des présences de vos enfants.

Chaque famille demandant l'inscription de son ou ses enfants aux différents services s'engage à respecter tous les points des règlements présents sur le site de la commune. Vous pourrez également consulter les tarifs des différents services dans la rubrique « Jeunesse ».

Le dossier d'inscription est à rendre au plus tard le 21 JUIN 2022 en mairie.
OUVERTURE DES INSCRIPTIONS SUR LE PORTAIL FAMILLE
A PARTIR DU 16 AOUT 2022

Si vous rencontrez des difficultés pour utiliser le portail famille, le service périscolaire et le service jeunesse peuvent vous accompagner dans vos démarches, sur simple demande.

CONTACT (Accueil périscolaire)

Service Périscolaire Liverdun
1 Place François Mitterrand
54460 LIVERDUN
0383.23.48.77

periscolaire@ville-livurdun.fr

CONTACT (Mercredis éducatifs – Aide aux devoirs)

Service Jeunesse Liverdun
14 Rue de la Gare
54460 LIVERDUN
03.83.24.63.49

service.jeunesse@ville-livurdun.fr

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Si un prélèvement aux services enfance-jeunesse est déjà mise en place et que vous souhaitez le maintenir pour l'année 2022-2023, il n'est pas nécessaire de renseigner le formulaire ci-dessous

Référence unique du mandat : ++NFR98PER5407670304201515051465001

Nom et prénom de(s) enfant(s) concerné(s)

.....
.....

Type de contrat : Prélèvement Enfance-jeunesse

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA
FR98PER540767

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mairie de Liverdun à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque a débité votre compte, conformément aux instructions de la Mairie de Liverdun. 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.

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, prénom :	Nom : MAIRIE SERVICE ENFANCE-JEUNESSE
Adresse :	Adresse : 1 Place François Mitterrand
Code postal :	Code postal : 54460
Ville :	Ville : LIVERDUN
Pays :	Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

/ / / / / / / / / / / / / / / / / /

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

/ / / / / / / / / / / / / / / /

Type de paiement : Paiement récurrent

Signé à :

Le (JJ/MM/AAAA) : / /

Signature :

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

Nom 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 Mairie de Liverdun. 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 Liverdun.

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 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Si un prélèvement à la restauration scolaire est déjà en place et que vous souhaitez le maintenir pour l'année 2022-2023, il n'est pas nécessaire de renseigner le formulaire ci-dessous.

Nom et prénom de(s) enfant(s) concerné(s)

.....

.....

Type de contrat : Prélèvement Restauration scolaire

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA
FR63ZZZ822A81

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Communauté de Communes du Bassin de Pompey à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte, conformément aux instructions de la Communauté de Communes du Bassin de Pompey. 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.

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, prénom : Adresse : Code postal : Ville : Pays :	Nom : BASSIN DE POMPEY Adresse : 04 RUE DES 4 ELEMENTS Code postal : 54340 Ville : POMPEY Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER	
<u>IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)</u> / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / /	
<u>IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)</u> / / / / / / / / / / / / /	

Type de paiement : Paiement récurrent

Signé à :

Le (JJ/MM/AAAA) :...../..... /.....

Signature :

--

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

Nom 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 Mairie de Liverdun. 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 Communauté de Communes du Bassin de Pompey.

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 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.