

Année scolaire : _____

Identité enfant(s)

Nom et Prénom de l'enfant : _____ Classe : Nom de l'enseignant :

Né(e) le : ____/____/____

Sexe : M / F

Nom et Prénom de l'enfant : _____ Classe : Nom de l'enseignant :

Né(e) le : ____/____/____

Sexe : M / F

Nom et Prénom de l'enfant : _____ Classe : Nom de l'enseignant :

Né(e) le : ____/____/____

Sexe : M / F

RESPONSABLE 1 : Nom et Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Code postal et Ville :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

RESPONSABLE 2 : Nom et Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Code postal et Ville :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Adresse mail :

Responsable financier (destinataire de la facture)

Une seule personne apparaît sur la facture. Merci d'indiquer de quel responsable il s'agit :

☐ RESPONSABLE 1

☐ RESPONSABLE 2

Modalités de paiement

La commune propose aux familles dont les enfants bénéficient des prestations périscolaires (restauration scolaire) le paiement par prélèvement automatique. Je choisis de régler par:

- ☐ chèque bancaire ou postal, ou en numéraire (à la Trésorerie de Monfort)
- ☐ prélèvement automatique
- ☐ Payfip sur le portail famille ou au bureau de tabac de Montgermont

Pour une première demande de prélèvement remplir le document d'autorisation (SEPA) joint et fournir un RIB.

En cas de changement de coordonnées bancaires je m'engage à retourner dûment complété et signé un nouveau document d'autorisation de prélèvement ainsi que le nouveau R.I.B.)

Pensez à fournir l'attestation CAF précisant votre quotient familial (sans attestation le tarif maximum sera appliqué) ainsi que l'attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle accident de votre enfant.

Toute demande d'arrêt de prélèvement bancaire est à faire parvenir à la mairie par courrier



REGIME ALIMENTAIRE : ☐ Traditionnel ☐ Végétarien ☐ Sans porc ☐ Sans viande

☐ PAI (fournir documents complets)

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.

Fait à, le :/...../.....

Signature(s) des deux parents ou responsables légaux :



MANDAT DE PRELEVEMENT

REFERENCE UNIQUE DU MANDAT (RUM)

Veuillez compléter tous les champs de ce mandat.

Débiteur :

Vos Nom et Prénom

Votre adresse

Code Postal VillePays

Créancier

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR39ZZZ469758

Nom : **Trésorerie de Rennes Banlieue Est**

Adresse : 6, mail de Bourgchevreuil BP 69

CP et Ville: 35 512 Cesson-Sévigné

Pays : France

[illegible][illegible]

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

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez : **TRESORERIE DE RENNES BANLIEUE EST** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de : **TRESORERIE DE RENNES BANLIEUE EST**.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Type de paiement

Récurrent/Répétitif

Ponctuel

☐

Signé à :

Le: .. / .. / ..

Signature :