



Mairie de la Farlède
Service Education
Enfance Jeunesse

REGIE SCOLAIRE
06 22 40 68 36

regie_scolaire@lafarlede.fr

Dossier Famille Cantine et Périscolaire

Année Scolaire 2023 – 2024



Il a été décidé, en séance du Conseil Municipal du 11 avril 2023, de modifier les tarifs de la restauration scolaire et de mettre en place un tarif « spécial PAI » pour la restauration scolaire.

(Voir le règlement intérieur)

PIECES A FOURNIR AVEC CE DOSSIER

- **Un justificatif de domicile de moins de 3 mois** Facture EDF, eau ou téléphone fixe (Pas d'attestation EDF)
- **Attestation d'assurance responsabilité civile**
- **Un RIB** si prélèvement automatique
Si vous étiez déjà en prélèvement automatique et que vous n'avez pas changé de banque, inutile de fournir de RIB et de remplir le mandat de prélèvement
- **Le mandat de prélèvement** (page 5 du dossier) à remplir et à signer (si nouveau RIB)
- **Une attestation employeur des deux parents, précisant les horaires de travail** (si inscription au périscolaire)
- **Extrait du jugement de séparation/divorce** précisant le mode de garde.

Contact

- Accueil de loisirs – 2 avenue du Coudon – 83210 La Farlède
- regie_scolaire@lafarlede.fr
- 06 22 40 68 36
- 04 94 31 53 61



Adoptez l'éco-attitude.

N'imprimez ce document que si c'est vraiment nécessaire



Dossier Famille

Année Scolaire 2023 – 2024

**A RENVoyer PAR
EMAIL AVANT :**

LE 30 JUIN 2023

INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE OU VOS ENFANTS				
	1 ^{er} Enfant	2 ^{ème} Enfant	3 ^{ème} Enfant	4 ^{ème} Enfant
Nom de Famille				
Prénom				
Sexe	F M	F M	F M	F M
Date de Naissance				
Ecole fréquentée <small>(en 2023/2024)</small>				

INFORMATIONS CONCERNANT LA FAMILLE					
	RESPONSABLE 1			RESPONSABLE 2	
Lien de parenté	Mère	Père	Tuteur	Mère	Père Tuteur
Nom de famille					
Prénom					
Date de naissance					
Adresse					
Téléphone					
Employeur					

Adresse mail de contact (informations...)	@
Envoie des factures par email	Oui Non

N° Allocataire CAF : _____ **Nom de famille responsable CAF :** _____

Je soussigné(e), M^{me} M. _____ autorise la Régie Scolaire de la Mairie de la Farlède à consulter mon compte CAF (accès internet à caractère professionnel habilité par la CAF) afin d'obtenir mon quotient familial pour l'année 2023/2024.

SITUATION FAMILIALE					
	Marié(e)	Pacsé(e)	Union libre	Célibataire	Divorcé(e)
GARDE ALTERNEE (pour la facturation)			Oui Non		
Facturer semaine			Paire Impaire		Autre (fournir un calendrier)
Dans une situation de garde alternée, chacun des parents devra constituer son propre dossier S'il y a des précisions à apporter, merci de les communiquer dans le mail d'envoi du dossier.					

Les informations recueillies sur ce formulaire sont récoltées et utilisées par la Régie scolaire de La Farlède pour la gestion et le suivi de l'inscription de vos enfants à la cantine et au périscolaire. Elles sont conservées 5 ans et vous pouvez exercer votre droit d'accès, rectification ou suppression en nous contactant à l'adresse regie_scolaire@lafarlede.fr



Inscription Cantine / Périscolaire

Année Scolaire 2023 – 2024

**A RENVoyer PAR
EMAIL AVANT :**

LE 30 JUIN 2023

INSCRIPTIONS				
	1^{er} Enfant	2^{ème} Enfant	3^{ème} Enfant	4^{ème} Enfant
Nom				
Prénom				
Date de naissance				
Cantine	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi
Périscolaire Matin	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
Périscolaire Soir	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
P.A.I. Alimentaire <i>Sur prescription médicale obligatoirement</i>	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
Repas sans Porc	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non

Je soussigné(é) Mme, M _____, atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de la restauration scolaire (annexe 1) et de celui du périscolaire (annexe 2).

Fait à : _____

Le : _____

Signature :



Fiche de renseignements

Année Scolaire 2023 – 2024

**A RENVoyer PAR
EMAIL AVANT :**

LE 30 JUIN 2023

Je soussigné(e), Mme M. _____

Téléphone 1 : Mère Père Tuteur

Téléphone 2 : Mère Père Tuteur

Autorise par ordre de priorité, les personnes (autre que les parents) nommées ci-dessous à RECUPERER ou PREVENIR (en cas d'accident) mon ou mes enfant(s)

INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE OU VOS ENFANTS				
	1 ^{er} Enfant	2 ^{ème} Enfant	3 ^{ème} Enfant	4 ^{ème} Enfant
Nom de Famille				
Prénom				
Sexe	F M	F M	F M	F M
Date de Naissance				
Ecole fréquentée (en 2023/2024)				
PAI ou Allergies si oui lesquelles				
	Contact 1		Contact 2	
Nom				
Prénom				
Lien de parenté				
Téléphone 1				
Téléphone 2				
Autorisé à récupérer l'enfant	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
A contacter en cas d'urgence	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
	Contact 3		Contact 4	
Nom				
Prénom				
Lien de parenté				
Téléphone 1				
Téléphone 2				
Autorisé à récupérer l'enfant	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
A contacter en cas d'urgence	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non

A compléter pour les nouveaux RIB ou changement de RIB

Sans mandat de prélèvement complété et signé, nous ne pourrons pas mettre en place le prélèvement automatique.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) DDFIP VAR à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de DDFIP VAR.

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.

FR19000543741

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :
Adresse :

Code postal :

Ville :

DESIGNATION DU CREANCIER

DDFIP VAR

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Paiement ponctuel

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 :

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par DDFIP VAR. 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 DDFIP VAR.

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.