

► L'ENFANT

NOM PRÉNOM

NÉ(E) LE CLASSE GARÇON FILLE

► LE(S) RESPONSABLE(S) LÉGAL(AUX) DE L'ENFANT

PÈRE - MÈRE - TUTEUR - ASSISTANT(E) FAMILIAL(E)

NOM, PRÉNOM

ADRESSE

TÉLÉPHONE / Domicile

TÉLÉPHONE / Portable

MAIL

NOM DE L'EMPLOYEUR, ADRESSE

TÉLÉPHONE / Travail

SITUATION FAMILIALE :

MARITALE SÉPARÉE UNION LIBRE

N°CAF OU MSA

J'autorise la collectivité à consulter mon quotient familial afin de déterminer les tarifs appliqués.

JE NE SOUHAITE PAS COMMUNIQUER
MON N°CAF OU MSA *Tarif maximal appliqué*

EN CAS DE GARDE ALTERNÉE OU EXCLUSIVE, MERCI DE LE PRÉCISER

PÈRE - MÈRE - TUTEUR - ASSISTANT(E) FAMILIAL(E)

NOM, PRÉNOM

ADRESSE

TÉLÉPHONE / Domicile

TÉLÉPHONE / Portable

MAIL

NOM DE L'EMPLOYEUR, ADRESSE

TÉLÉPHONE / Travail

SITUATION FAMILIALE :

MARITALE SÉPARÉE UNION LIBRE

N°CAF OU MSA

J'autorise la collectivité à consulter mon quotient familial afin de déterminer les tarifs appliqués.

JE NE SOUHAITE PAS COMMUNIQUER
MON N°CAF OU MSA *Tarif maximal appliqué*

DESTINATAIRE DE LA FACTURE

JE RECEVRAI MA FACTURE VIA LE PORTAIL FAMILLE

JE SOUHAITE RECEVOIR MA FACTURE
AU FORMAT PAPIER

► SANTÉ DE L'ENFANT

NOM DU MÉDECIN TRAITANT

ALLERGIES ALIMENTAIRES (JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL OU PAI)

RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE

AUTRES ALLERGIES (MÉDICAMENTEUSES, ETC)

DIFFICULTÉS DE SANTÉ DE L'ENFANT ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE

J'autorise le personnel responsable de mon enfant à prendre toutes les dispositions nécessaires, en cas de blessure ou d'accident grave, pour que mon enfant reçoive les soins médicaux adaptés.

VACCIN	DATE
DTP	... / ... /
ROR	... / ... /
Pneumocoque	... / ... /
Méningocoque	... / ... /

Service
Éducation
Enfance
Jeunesse

Place de la mairie
56800 PLOËRMEL
Tél. 02 97 72 33 08
education@ploermel.bzh



▶ RESTAURATION SCOLAIRE

- INSCRIPTION ANNUELLE > LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI
 INSCRIPTION OCCASIONNELLE PAS D'INSCRIPTION

▶ ACCUEIL DE LOISIRS PÉRISCOLAIRE

INSCRIPTION

JOURS	LUNDI	MARDI	JEUDI	VEN.
MATIN				
SOIR				

- INSCRIPTION ÉTUDE SURVEILLÉE - 16H30-17H30 à partir du CP
 INSCRIPTION OCCASIONNELLE
 PAS D'INSCRIPTION

▶ AUTORISATION DE SORTIE

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER MON ENFANT AUTRES QUE RESPONSABLES LÉGAUX :

NOM, PRÉNOM, QUALITÉ, TÉLÉPHONE.....

J'autorise mon enfant à sortir seul de l'école à la fin de la classe sans être accompagné.

OUI NON

▶ DROIT À L'IMAGE

J'autorise la Ville de Ploërmel à filmer et à photographier mon enfant lors d'activités et à publier ces images exclusivement pour des supports de communication d'informations de la Mairie de Ploërmel ou de Ploërmel Communauté (magazine municipal, site internet, réseaux sociaux, etc). La durée de conservation des images est de 1 an, cette autorisation est facultative et peut être retirée à tout moment.

OUI NON

REPRÉSENTANT LÉGAL 1

REPRÉSENTANT LÉGAL 2

NOM, PRÉNOM.....	NOM, PRÉNOM.....
DATE..... /..... /.....	DATE..... /..... /.....
SIGNATURE	SIGNATURE

▶ AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT BANCAIRE

OUI (JOINDRE UN RIB/IBAN À CETTE AUTORISATION) NON DÉJÀ EN PLACE

J'autorise l'établissement teneur de compte à effectuer sur ce dernier, si la situation le permet, les prélèvements ordonnés par la ville de Ploërmel. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande de l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec la ville de Ploërmel.

TITULAIRE DU COMPTE ÉTABLISSEMENT DU TENEUR DE COMPTE À DÉBITER

N° national d'émetteur : 528225

NOM, PRÉNOM..... BANQUE.....

ADRESSE..... ADRESSE.....

CODE POSTAL

CODE POSTAL

VILLE..... VILLE.....

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

NUMÉRO D'IDENTIFICATION INTERNATIONALE DU COMPTE BANCAIRE - IBAN

CODE INTERNATIONAL D'IDENTIFICATION DE VOTRE BANQUE - BIC

DATE..... /..... /.....

SIGNATURE