

**Merci de rapporter IMPERATIVEMENT ce dossier
en MAIRIE avant le 31 août 2026**

**DOSSIER INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE / ACTIVITES DE LOISIRS
ANNEE SCOLAIRE 2026 / 2027**

N° allocataire

CAF :... / QF :

MSA :

Veillez remplir 1 dossier par enfant

(Si votre enfant est en garde alternée, vous devez faire un dossier par payeur)

MATERNELLE ☐ ELEMENTAIRE ☐**L'ENFANT**

Nom : Prénom :

Ecole : Date de naissance..... /..... /..... Lieu

Classe à la rentrée 2026 :

RESPONSABLE LEGAL 1 - PAYEUR

Madame ou Monsieur

Nom :

Prénom : Né(e) le :

Profession :

Domicile :

Ville :

Code postal : Tel :

Portable :

Mail :

(Les factures seront désormais envoyées par mail)

RESPONSABLE LEGAL 2

Madame ou Monsieur

Nom :

Prénom : Né(e) le :

Profession :

Domicile :

Ville :

Code postal : Tel :

Portable :

Mail :

J'inscris mon enfant aux services suivants : (Cochez les cases correspondantes)

ACCUEIL PERISCOLAIRE (voir TARIFS page 3)

- ☐ Garderie du matin 7H30 à 8H30 (à la séance)
☐ Garderie du matin 7H30 à 8H30 (forfait annuel)

RESTAURANT SCOLAIRE (voir TARIFS page 3)

- ☐ Restaurant scolaire Maternelle (forfait annuel) *
☐ Restaurant scolaire Élémentaire (forfait annuel) *
* Pour tout repas pris en dehors de cette inscription,
le repas sera facturé comme exceptionnel

ACCUEIL PÉRISCOLAIRE 16H25-18H

☐ **Activités périscolaires 16H25 à 18h**

Pour bénéficier du forfait périscolaire (à partir de 3 soirs par semaine), le formulaire d'inscription doit être transmis à chaque période. À défaut, les présences seront facturées au tarif de la séance exceptionnelle.

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (nom, prénom, lien de parenté et téléphone)

.....
.....

FICHE SANITAIRE

VOTRE ENFANT EST-IL A JOUR DE SES VACCINS ?

☐ OUI

☐ NON

VOTRE ENFANT EST-IL SUJET À DES ALLERGIES ALIMENTAIRES ? :

☐ OUI

☐ NON

PRECISEZ LA CAUSE ET LA CONDUITE A TENIR

.....
.....

L'ENFANT A-T-IL UN PAI (Projet d'Accueil Individualisé)

☐ OUI

☐ NON

INDIQUEZ CI-APRES LES PROBLEMES DE SANTE ET LES RECOMMANDATIONS :

.....
.....

L'ENFANT EST IL BENEFICIAIRE DE L'ALLOCATION AEEH

☐ OUI

☐ NON

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) Mme, Mr autorise / n'autorise pas mon enfant

.....

- à participer à toutes les activités et sorties (sport, théâtre, baignade, ...) du périscolaire

☐ OUI

☐ NON

- à partir seul le soir du périscolaire à Heures et décharge le personnel de toutes responsabilités. Si cela reste occasionnel, nous vous demanderons de nous joindre **une attestation signée**.

☐ OUI

☐ NON

- les responsables du service animation à **utiliser les images photographiques ou numériques de mon enfant**, prises dans le cadre du fonctionnement de la structure pour illustrer les activités de celle-ci.

☐ OUI

☐ NON

Je soussigné(e) Madame, Monsieur..... responsable légal de l'enfant.....déclare exacte toutes les informations qui seront données sur cette fiche et autorise les responsables du service animation, à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires pour l'état de santé de l'enfant.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et l'approuver.

Signature :

Pièces à fournir au dossier, celui-ci doit être retourné COMPLET :

- livret de famille

☐

- carte de sécurité sociale

☐

- photocopie des vaccins à jour de l'enfant

☐

- attestation CAF ou MSA (numéro d'allocataire et quotient familial) **OBLIGATOIRE**

☐

- assurance responsabilité civile des parents ou extra-scolaire

☐

Tout changement de situation impactant le quotient familial doit être déclaré dans les meilleurs délais.

- mandat SEPA (autorisation prélèvement) + RIB

☐

1-Activités périscolaires libres ou thématiques :

a) Activités du matin (7h30 à 8h30)

Quotients familiaux	0 à 700	701 à 1000	1001 à +
Montant du forfait annuel	90 € soit	100 € soit	110 € soit
Soit par mois	9 €/mois	10 €/mois	11 €/mois
Montant à la séance	0,70 €	0,80 €	0,90 €

b) Activités de l'après midi (16h30 à 18h)

Quotients familiaux	0 à 700	701 à 1000	1001 à +
Montant du forfait annuel	180 € soit	200 € soit	230 € soit
Soit par mois	18 €/mois	20 €/mois	23 €/mois
Montant à la séance	1,50 €	2,00 €	2,50 €

Concernant la garderie de 18h à 18h30, le tarif est inchangé, il reste à 1 € quel que soit le quotient familial. Toute séance entamée est facturée

2-Restauration Scolaire : (maternelle et élémentaire)

Quotients familiaux	0 à 700	701 à 1000	1001 à +
Montant du forfait annuel	140 €	322 €	380 €
Soit par mois et par repas	14.00 €/mois Soit 1 €/repas	32.20 €/mois Soit 2.30 €/repas	38 €/mois Soit 2.70 €/repas
Exceptionnel (montant au repas)	5,50 €	5,50 €	5,50 €

Précisions concernant le forfait (facturé sur 10 mois de septembre à juin) :

- Une proratisation est prévue pour les enfants scolarisés à St Seurin sur l'Isle en cours d'année.
- Seules les absences justifiées par certificat médical pourront donner lieu à régularisation. Celle-ci interviendra sur la dernière facture de l'année scolaire au tarif correspondant à votre forfait par repas non consommé. Les certificats médicaux devront être fournis avant le dernier jour de l'année scolaire.

RGPD : Les données à caractère personnel sont collectées à des fins de traitement des inscriptions et facturation de la restauration scolaire et des activités de loisirs sur le fondement de l'exécution d'une mission d'intérêt public par les agents de la mairie de Saint Seurin sur l'Isle, pour une durée de conservation adaptées aux finalités des traitements et conformément à la législation et réglementation en vigueur. Ces données sont à destination de la mairie de Saint Seurin sur l'Isle.

Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, à l'effacement, à la limitation, à la portabilité ainsi qu'à opposition en contactant Gironde Numérique. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL en cas de méconnaissance des dispositions susvisées

Merci de rapporter IMPERATIVEMENT ce dossier complet en MAIRIE avant le 31 août 2026

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN à l'adresse suivante

**Mairie de St Seurin sur l'Isle
Espace Charles de Gaulle – BP 26
33660 ST SEURIN SUR L'ISLE**

Type de paiement (*): Paiement récurrent ☐

Paiement ponctuel ☐

Intitulé de compte :

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Trésorerie de Coutras à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Trésorerie de Coutras.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Référence Unique Mandat : RUM (Réservé au créancier)

Paiement :

Titulaire du compte à débiter

Nom Prénom : (*) _____

Adresse : (*) _____

Code postal : (*) _____

Ville : (*) _____

Pays : FRANCE

Identifiant Créancier SEPA : FR 15 ZZZ 6 10 06 4

Nom : TRESORERIE DE COUTRAS

Adresse : Place du 19 mars 1962

Code postal : 33230

Ville : COUTRAS

Pays : FRANCE

BIC

IBAN

Veuillez compléter tous les champs (*) du mandat, joindre un RIB, puis adresser l'ensemble au créancier

Le (*):

A (*) :

Signature (*):

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client.
Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.