

## INFORMATIONS RELATIVES À LA RESTAURATION SCOLAIRE POUR LA RENTRÉE 2017

Madame, Monsieur,



Depuis le 1er janvier 2017, la restauration scolaire est assurée par la Communauté de Communes du Bassin de Pompey.

Les repas sont élaborés par la cuisine centrale intercommunale implantée sur la zone d'activités Eiffel Energie et distribués sur tous les sites de restauration scolaires, mais également dans les crèches intercommunales et les foyers de personnes âgées.

La Communauté de Communes du Bassin de Pompey a fait le choix de travailler avec des produits issus en partie des circuits courts (produits locaux/régionaux, bio et de saison) et d'offrir ainsi des repas de qualité.

Le principal changement qui intervient à la rentrée de septembre prochain est l'**actualisation de la tarification des repas** basée sur les ressources du foyer et appliquée sous forme de quotients familiaux.

Une **tarification harmonisée** et identique pour toutes les communes du Bassin de Pompey sera mise progressivement en pratique à compter de cette rentrée scolaire.

Ainsi pour votre commune, la tarification des repas sera la suivante durant l'année scolaire 2017 – 2018 :

QF<650	650<QF<800	800<QF<1000	800<QF<1000	1350<QF<1500	QF>1500
4 €	4,3 €	4,5 €	5 €	5,5 €	6,45 €

La **partie administrative (inscriptions, réservations...)** est toujours assurée par les communes dans un souci de proximité avec les habitants, et la facturation de l'ensemble des services péri et extra scolaires est établie par la Communauté de Communes.

Le dossier d'inscription ci-joint, commun à l'ensemble des services péri et extrascolaires est à **rendre à votre Mairie** dans les délais indiqués. Toute information nouvelle concernant la famille peut être renseignée dans le courant de l'année par le portail familles auquel vous avez accès avec votre adresse mail.

Nous vous demandons d'être particulièrement attentifs au règlement de fonctionnement de la restauration scolaire remis avec ce dossier.

Restant à votre disposition pour tout complément d'information, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.



Le Maire de la Commune de Saizerais

Le Président de la Communauté de Communes du Bassin de Pompey

**NOUVEAU**

Pour plus de simplicité, les réservations à la cantine, aux services périscolaires et centres de loisirs sans hébergement ainsi que les modifications du dossier famille peuvent se faire via un portail famille unique. Depuis avril, le paiement de ces services est également possible en ligne.

Vous n'avez pas d'identifiant ? Transmettez votre adresse mail à votre commune, vous recevrez alors un identifiant qui vous permettra de vous connecter au portail famille.



**FICHE D'INSCRIPTION**  
**ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE**  
**RESTAURATION SCOLAIRE**

**Nom(s) et prénom(s) de l'enfant :** .....

Date de naissance : ..... Sexe : .....

Lieu de Naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone domicile : .....

Ecole : ..... Classe : .....

**FICHE FAMILLE**

Situation actuelle des parents :  Mariés  PACS  Divorcés  Séparés  Vie maritale

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

**Père**

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Né le : ..... à .....

Téléphone portable : .....

Mail : .....

Nom employeur : .....

Adresse employeur : .....

Téléphone employeur : .....

**Mère**

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Né le : ..... à .....

Téléphone portable : .....

Mail : .....

Nom employeur : .....

Adresse employeur : .....

Téléphone employeur : .....

**Régime**

N° Allocataire C.A.F ou MSA : ..... QF : .....

**Assurance**

Nom de la compagnie : ..... N° contrat : .....



## RESERVATIONS

Mes réservations sont :     Régulières                       Irrégulières                       Occasionnelles

*Je m'engage à inscrire mon enfant au plus tard le jeudi midi de la semaine précédente pour la semaine suivante via le portail familles : <https://bassinpompey.portail-familles.net>.*

## MODE DE FACTURATION

A qui adresse-t-on la facturation :     Mère     Père     Autre : .....

En cas de garde alternée, préciser les 2 adresses de facturation :

.....  
.....

### 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, sans 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 familles
- Paiement par prélèvement automatique (joindre un RIB au présent dossier).

## PIECES ADMINISTRATIVES A JOINDRE AU DOSSIER

- Fiche d'inscription complétée et signée
- Photocopie de l'attestation d'assurance (responsabilité civile)
- 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 CAF ou MSA où apparait le numéro allocataire et le quotient familial ou avis d'imposition N-1 ou non-imposition du foyer fiscal
- Fiche sanitaire de liaison (Cerfa n°10008\*02) jointe au dossier, complétée et signée
- RIB et mandat de prélèvement SEPA (1 par collectivité : Mairie et Bassin Pompey) si prélèvement automatique

*Tout changement est à signaler dans les plus brefs délais, si possible directement sur le portail familles.*

Fait à .....  
Le .....

Signature des parents ou représentants légaux



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARÇON

FILLE

## 2 - VACCINATIONS DE L'ENFANT

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
DIPHTERIE		HEPATITE B	
TETANOS		RUBEOLE-OREILLONS-ROUGEOLE	
POLIOMYELITE		COQUELUCHE	
OU DT POLIO		BCG	
OU TETRA COQ		AUTRES (PRECISER)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.  
ATTENTION, LE VACCIN ANTITETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

✚ L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL PENDANT LE SEJOUR ?      OUI       NON

SI OUI, JOINDRE UNE **ORDONNANCE** RECENTE ET LES **MEDICAMENTS** CORRESPONDANTS (**BOITES DE MEDICAMENTS DANS LEUR EMBALLAGE D'ORIGINE MARQUEES AU NOM DE L'ENFANT AVEC LA NOTICE**).  
AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.

✚ L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

✚ L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES ?

ASTHME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ALIMENTAIRES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	MEDICAMENTEUSES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	AUTRES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	LESQUELLES ? .....

\* PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....  
.....  
.....

\* INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....  
.....  
.....

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

\* VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISER.

.....  
.....  
.....

\* VOTRE ENFANT MOUILLE-IL SON LIT ?       OUI       OCCASIONNELLEMENT       NON

\* SI VOTRE ENFANT EST UNE FILLE, EST-ELLE RÉGLÉE ?       OUI       NON

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE .....

NUMERO DE TELEPHONE

MERE : DOMICILE ..... PORTABLE ..... TRAVAIL .....

PERE : DOMICILE ..... PORTABLE ..... TRAVAIL .....

NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT .....

*JE SOUSSIGNE, ....., RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT, DECLARE EXACTS LES RENSEIGNEMENTS PORTES SUR CETTE FICHE ET AUTORISE LE RESPONSABLE DU SEJOUR A PRENDRE, LE CAS ECHEANT, TOUTES MESURES (TRAITEMENT MEDICAL, HOSPITALISATION, INTERVENTION CHIRURGICALE) RENDUES NECESSAIRES PAR L'ETAT DE L'ENFANT.*

DATE :

SIGNATURE :

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR

.....  
.....

OBSERVATIONS : .....

.....  
.....



## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat : \_\_\_\_\_

Type de contrat : Prélèvement accueil périscolaire et extrascolaire

Identifiant créancier SEPA (ICS)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la mairie de SAIZERAIIS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la mairie de SAIZERAIIS. 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.
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

FR89GAR542481

Désignation du titulaire du compte à débiter	Désignation du créancier
Nom, prénom :	COMMUNE DE SAIZERAIIS
Adresse :	PLACE ADRIEN TOUSSAINT 54380 SAIZERAIIS

Désignation du compte à débiter	
NOM DE LA BANQUE :	
ADRESSE :	
COMPTE A DEBITER	
Identification internationale (IBAN)	Identification internationale de la banque (BIC)
_____	_____

Type de paiement :	Récurrent /répétitif <input checked="" type="checkbox"/>
	Ponctuel <input type="checkbox"/>

Signé à :	Signature :	_____
Le :		

Nom du tiers débiteur (si différent du débiteur lui même et le cas échéant) :
_____

**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 la situation le permet, les prélèvements ordonnés par la mairie de SAIZERAIIS. 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 la mairie de SAIZERAIIS.

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.