

***R.P.I BELLENGREVILLE - VIMONT***

**DOSSIER D’INSCRIPTION**

**AUX SERVICES PERISCOLAIRES**

**MAIRIE DE BELLENGREVILLE**

**10 rue Léonard Gille Année scolaire 2019 / 2020**

**14370 BELLENGREVILLE**

**Tél : 02.31.23.68.38**

**Dossier d’inscription** à remettre **dûment rempli**, accompagné des justificatifs obligatoires, à la Mairie de Bellengreville

**avant le 02/ 08 / 2019**

***Important : Toute inscription remise directement à l’école ne pourra être prise en compte.***

[**contact@mairie-bellengreville.fr**](mailto:contact@mairie-bellengreville.fr)

**Service périscolaire**

**Responsable: Lydie GARNIER**

**Tél: 07 60 19 85 21**

**lydie.garnier@mairie-bellengreville.fr**

Je soussigné(e)………………….………………………………………………………………………

Domicilié(e) à:(adresse complète)………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………

Téléphone:……………………………………….… Portable:…………………………………….……

Email :……………………………………………………………………………………………………

**Demande l’inscription de l'enfant**

NOM:…………………………………………….PRENOM:…………………………………..…….

Né(e) le…………………………………………..à………………………………………..……….

Classe (2019/2020): ……………….....

**⭘**J'accepte que les encadrants prennent des photos de mon enfant et que celles-ci soient diffusées dans la presse, le site internet ou les bulletins municipaux suite aux activités réalisées lors des temps périscolaires.

❑ A la garderie

❑ Au restaurant scolaire

Mon enfant y déjeunera:

**⭘ de manière régulière:**

1 jour par semaine ❑ cocher ❑ lundi

2 jours par semaine ❑ les ❑ mardi

3 jours par semaine ❑ jours ❑ jeudi

4 jours par semaine ❑ ❑ vendredi

**⭘ de manière occasionnelle**

**⭘Je m'engage à informer la Mairie de tout changement de fréquentation de mon enfant au restaurant scolaire, au plus tard la veille avant 10 heures.**

**Attention, prévenir le vendredi avant 10H00 pour une modification le lundi et le mardi avant 10H00 pour une modification le jeudi.**

**Tout repas non décommandé sera facturé et toute présence non prévue sera majorée de 2.00€uros.**

 Par mail à l'adresse lydie.garnier@mairie-bellengreville.fr ou SMS au 07 60 19 85 21

**⭘**Contre-indication médicale ou recommandation spécifique liées à l’état de santé de l’enfant ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Allergie alimentaire (joindre obligatoirement une ordonnance médicale):………………………………………………….

**⭘**Je joins la fiche sanitaire complétée et signée (obligatoire).

**⭘**Existence d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé): OUI NON

**⭘**J'autorise les responsables du service périscolaire à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident.

**⭘**Je demande, si l’état de santé de mon enfant le nécessite, qu’il soit fait appel au Docteur……………………………………….de …..……………………. Tél……………………..… et **autorise en cas d’urgence** le transport de mon enfant au CHU de CAEN.

**⭘**Personnes à appeler en cas d'urgence ( à défaut de pouvoir joindre les représentants légaux):

Nom/Prénom……………………………………………..…Tél………………………………

Nom/Prénom……………………………………………..…Tél………………………………

**⭘**J'atteste que mon enfant est assuré pour dommages causés ou subis (joindre obligatoirement une photocopie de l'attestation d'assurance).

Compagnie et numéro de police:……………………………………………………………………………………………

**Paiement :**

Je souhaite régler la facture par prélèvement automatique: OUI NON

**Renseignements divers:**

Père:

Nom:……………………………………….. Prénom:……………………………………

Date de naissance:…../…../………. Situation de famille:…………………………..

Profession:……………………………………….

Employeur du père: …………………………………………………Tél: ………………………………

Adresse de l’employeur: ………………………………………………………………………………....

Numéro allocataire à la CAF: ……………………………………………

Mère:

Nom:……………………………………….. Prénom:……………………………………

Date de naissance:…../…../………. Situation de famille:…………………………..

Profession:……………………………………….

Employeur de la mère: ……………………………………………...Tél: ………………………………

Adresse de l’employeur: ………………………………………………………………………..………..

Numéro allocataire à la CAF: …………………………………………

Famille d'accueil:

Nom:……………………………………….. Prénom:……………………………………

Adresse:………………………………………………………………………………………………………………

Tél: …………………………………………………………………….

**⭘**J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des services périscolaires joint au présent dossier, être en accord avec ce règlement et m'engage à le respecter et le faire respecter par mon enfant.

**⭘** J'atteste avoir pris connaissance de la note informative quant à l'assurance scolaire.

A …………………………………………,

le …../…../……….

Signature du représentant légal

(précédée de la mention Lu et approuvé)



**Règlement financier**

**et contrat de prélèvement automatique des factures de cantine et garderie**

**MAIRIE DE BELLENGREVILLE**

**10 rue Léonard Gille**

**14370 BELLENGREVILLE**

**Tél : 02.31.23.68.38**

[**contact@mairie-bellengreville.fr**](mailto:contact@mairie-bellengreville.fr)

Entre le bénéficiaire:

Nom/Prénom:……………………………………………………………………………………………..

Adresse:.………………………………………………………………………………………………….

Code postal:………………… Ville:……………………………………………

Et la commune de Bellengreville, représentée par Monsieur Dominique Piat, Maire, agissant en vertu de la délibération du 22/10/2010 définissant les modalités du système de prélèvement des factures de restauration scolaire et de garderie.

Il est convenu ce qui suit:

Article 1: Les bénéficiaires des services de la restauration scolaire et de la garderie peuvent régler leurs factures **en espèces** directement auprès de la Mairie de Bellengreville, **par chèque bancaire ou postal** libellé à l'ordre du Trésor Public de Bellengreville et accompagné du talon détachable de la facture (sans le coller, ni l'agrafer) ou **par prélèvement automatique** pour ceux ayant souscrit un contrat de mensualisation.

**Article 2:** Les tarifs des services périscolaires sont votés par le Conseil Municipal et peuvent faire l'objet d'une revalorisation annuelle (délibération du 2 mai 2017 et délibération du 28 mai 2018).

**Article 3:** Le bénéficiaire optant pour le prélèvement automatique recevra le 10 de chaque mois un avis d'échéance indiquant le montant et la date du prélèvement à effectuer sur son compte. Le montant du prélèvement est fonction du nombre de repas effectivement pris le mois précédent et/ou du nombre de jours de fréquentation à la garderie.

**Article 4:** Le bénéficiaire qui change de numéro de compte bancaire , d'agence, de banque ou de banque postale doit se procurer un nouvel imprimé de demande et d'autorisation de prélèvement auprès de la commune, le remplir et le retourner accompagné d'u nouveau relevé d'identité bancaire ou postal au minimum 30 jours avant la date de prélèvement. Le bénéficiaire qui change d'adresse doit également avertir sans délai la Mairie de Bellengreville.

**Article 5:** Si un prélèvement ne peut être effectué sur le compte du bénéficiaire, il ne sera pas représenté. Un appel à régularisation lui sera adressé pour le règlement du montant de la facture initiale augmenté des frais de rejet. La régularisation interviendra uniquement par chèque bancaire ou par règlement en espèces directement auprès de la trésorerie de Troarn.

**Article 6:** Il sera mis fin automatiquement au contrat de prélèvement après deux rejets consécutifs de prélèvement pour le même bénéficiaire. Il lui appartiendra alors de renouveler son contrat l'année suivante s'il le désire. Le redevable qui souhaite mettre fin au contrat informe la Mairie de Bellengreville par lettre simple et aura soin d'en informer également sa banque.

**Article 7:** Tous renseignements ou contestations doivent être adressés par courrier à la Mairie de Bellengreville, 10 rue Léonard Gille 14370 Bellengreville ou par mail à l'adresse contact@mairie-bellengreville.fr. Les débiteurs s'engagent à procéder à l'acquittement de la facture sans modification aucune de son montant, même si celui-ci fait l'objet d'une contestation. La régularisation interviendra alors le mois suivant après discussion avec les services de la Mairie de Bellengreville.

A Bellengreville, le …../…../……….

Signature:

**R.P.I BELLENGREVILLE – VIMONT**

**REGLEMENT INTERIEUR DES SERVICES PERISCOLAIRES**

A. RESTAURATION SCOLAIRE

1- Inscriptions

Les inscriptions ne pourront être effectives que si les paiements de l'année précédente sont soldés.

Les inscriptions à la restauration scolaire et à la garderie, pour l'année 2019-2020, sont reçues en Mairie de Bellengreville. Les repas n'étant pas cuisinés sur place, il est impossible de fournir un repas à un enfant s'il est commandé le matin pour le midi. Il convient donc de prévenir au plus tard la veille avant 10heures (le vendredi pour le lundi et le mardi pour le jeudi) si vous souhaitez inscrire votre enfant.

Si la Mairie n'est pas prévenue ou si elle est prévenue trop tard, une majoration de 2 €uros sera exigée.

2- Tarifs

**L'inscription régulière est différenciée de l'inscription occasionnelle.**

|  |  |
| --- | --- |
| Inscription régulière (1,2,3 ou 4 jours par semaine) |  |
| Un enfant | 4,09€uros |
| Deux enfants (tarif par enfant) | 3,68€uros |
| Trois enfants (tarif par enfant) | 3,47€uros |
| Enfant bénéficiant d'un PAI | 1.5€uro |
| Inscription occasionnelle |  |
| Un enfant | 4,60€uros |
| Deux enfants (tarif par enfant) | 4,14€uros |
| Trois enfants (tarif par enfant) | 3,91€uros |

Lorsqu'un enfant fait l'objet d'un PAI, la dégressivité n'est pas appliquée au reste de la fratrie.

La déclaration d'inscription précisant la fréquentation au restaurant scolaire servira de base de calcul pour la facturation. Toute modification de la fréquentation renseignée sur le dossier d'inscription doit être signalée à la Mairie de Bellengreville au moins une semaine à l'avance.

3- Paiement

Le paiement est exigible mensuellement, à terme échu, entre le 1 et le 10 de chaque mois. Les règlements sont possibles par espèces, chèques ou prélèvements automatiques (nous consulter pour plus d'informations). En cas de non-paiement à partir du 11, le recouvrement des sommes dues sera directement effectué auprès de la Trésorerie de Troarn.

Au vu des nombreux impayés, vous ne pourrez pas, à la rentrée prochaine, inscrire vos enfants sans avoir acquitté les sommes restant dues de l'année précédente. Les dossiers d'inscription devront être remis en Mairie (ou dans la boîte aux lettres) impérativement avant la date fixée (voir dossier inscription). Dans le cas contraire, l'enfant ne pourra pas être admis à la restauration scolaire (décision du Conseil Municipal du 09/06/2011).

4- Absences

En cas d'absence, pour quelque motif que ce soit, le repas reste dû sauf si la Mairie a été prévenue au plus tard la veille avant 10 heures (le vendredi pour le lundi et le mardi pour le jeudi) par téléphone ou texto au 07 60 19 85 21 ou par mail à l'adresse lydie.garnier@mairie-bellengreville.fr.

En cas d'absence prolongée et non signalée, la totalité des repas non pris reste due.

5- Capacité d'accueil

La capacité d'accueil de la salle de restauration est de 110 personnes. Pour des raisons de sécurité, si la capacité maximum est atteinte, la commune peut être amenée à refuser une inscription occasionnelle (décision du Conseil Municipal du 19/08/2013).

B. GARDERIE

1- Inscriptions

Les inscriptions à la garderie pour l'année 2019-2020 sont reçues en Mairie. Les inscriptions ne pourront être effectives que si les paiements de l'année précédente sont soldés.

2- Horaires

La garderie est ouverte tous les jours scolaires, le matin de 7H00 à 8H50 et le soir de 16H30 à 18H30. Si ces horaires ne sont pas respectés, une majoration de 2€uros par quart d'heure supplémentaire de garde sera exigée. En cas de retard, merci de prévenir impérativement la garderie au 07 60 19 85 21.

3- Tarifs

Le tarif applicable pour la rentrée scolaire 2019-2020 est:

- 2.40 €uros pour une garderie du matin **ou** du soir

- 3.50 €uros pour une garderie du matin **et** du soir.

4- Paiement

Le paiement est exigible mensuellement, à terme échu, entre le 1 et le 10 de chaque mois. Les règlements sont possibles par espèces, chèques ou prélèvements automatiques (nous consulter pour plus d'informations). En cas de non-paiement à partir du 11, le recouvrement des sommes dues sera directement effectué auprès de la Trésorerie de Troarn.

5- Responsabilité

*Garderie du matin:* Les parents devront emmener leur(s) enfant(s) jusqu'à la garderie et signer le registre de présence. La commune se dégage de toute responsabilité si le registre n'a pas été signé par les parents.

*Garderie du soir:* Les parents devront venir rechercher leur(s) enfant(s) dans la garderie et signer le registre de présence. La commune se dégage de toute responsabilité si le registre n'a pas été signé par les parents.

C. DISCIPLINE

Quel que soit le moment pendant lequel l'enfant est placé sous la responsabilité de la Mairie (garderieet/ou restauration scolaire), il doit se montrer discipliné tant sur le lieu que sur le trajet pour y aller ou au retour. Il doit respecter ses camarades, le personnel et ne rien endommager. Il lui est interdit de quitter tous ces services périscolaires sauf avec l'accord écrit des parents préalablement remis à la responsable du service périscolaire ou en Mairie.

La surveillance des enfants est assurée par des agents territoriaux placés sous la responsabilité du Maire. Pour toute remarque ou observation concernant le fonctionnement des services périscolaires, les parents doivent s'adresser en priorité à la responsable du service périscolaire par téléphone au 07 60 19 85 21 ou par mail à l'adresse lydie.garnier @mairie-bellengreville.fr.

Nous rappelons qu'il est interdit d'apporter des jouets personnels pendant le temps périscolaire (garderie et/ou restauration scolaire).

Suite aux nombreuses difficultés de discipline rencontrées pendant l'année 2012-2013, le Conseil Municipal a décidé de mettre en place une échelle de sanctions proposées par la commission des affaires scolaires (délibération du 03/07/2013).

|  |  |
| --- | --- |
| Niveau 1 | Avertissement écrit, mise à l'écart ponctuelle |
| Niveau 2 | Manger au premier service |
| Niveau 3\* | Travail d'intérêt collectif: nettoyage des tables, de la salle de garderie, aide au rangement… |
| Niveau 4\* | Exclusion des services périscolaires pendant 2 jours |
| Niveau 5\* | Exclusion des services périscolaires pendant une semaine |
| Niveau 6\* | Exclusion définitive des services périscolaires |

*\* A partir du niveau 3, la Mairie adressera un courrier d'information aux parents.*

Pour les petites ''bêtises'', un système de croix a été mis en place pour prévenir l'enfant qu'il doit respecter les règles. Si le problème est plus important ou récurrent, l'enfant se verra recevoir un mot à faire signer par ses représentants légaux.

E. SIGNATURE

La déclaration d'inscription qui vaut acceptation du règlement doit être impérativement signée par les représentants légaux de l'enfant pour que celui-ci soit accueilli aux services périscolaires. Tout refus de signature entraîne la non inscription de l'enfant.

A ……………………………………………….., le…../…../……….

Signature précédée de la mention ''lu et approuvé''.

Le Maire

**REGIE DE CANTINE ET DE GARDERIE DE BELLENGREVILLE**

**PRELEVEMENT AUTOMATIQUE**

Je soussigné(e), Mlle, Mme, M. (Nom / Prénom) ………………………………………………………………………………………………………….

Représentant légal de l'enfant:

(Nom / Prénom) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Demande que le montant correspondant aux factures de restauration scolaire et de garderie de mon enfant soit prélevé sur mon compte bancaire, à compter du mois de ………………………………………………………………………………………………………..

J’ai bien noté qu’après deux éventuels rejets de ma banque, et après m’en avoir informé par courrier, le Régisseur de recettes se réserve le droit de mettre fin au contrat de prélèvement automatique. Je m’engage par conséquent à régulariser ma dette directement au moyen d’un chèque ou d’espèces directement auprès de la Trésorerie de Troarn-Argences.

Fait à …………………………………………………….., le ……………/……………/…………………………

Compléter le mandat de prélèvement ci-dessous, le dater et le signer,

**Joindre obligatoirement un Relevé d’Identité Bancaire ou Postal original**.

# Mandat de prélèvement SEPA

## Services de cantine et garderie scolaires de la commune de Bellengreville

### Identifiant créancier SEPA

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

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.

#### FR43ZZZ573573

### Désignation du créancier

Désignation du titulaire du compte à débiter

Nom : Commune de BELLENGREVILLE

Adresse : 10 rue Léonard Gille

Code postal : 14370

Ville : Bellengreville

Pays : France

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

Désignation du compte à débiter

### identification internationale de la banque (BIC)

Identification internationale (IBAN)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ( |  |  |  | ) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| F | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Fait à : Signature :

Le (JJ/MM/AAAA) :



***R.P.I BELLENGREVILLE - VIMONT***

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**ACCUEIL PERISCOLAIRE**

**MAIRIE DE BELLENGREVILLE**

**10 rue Léonard Gille**

**14370 BELLENGREVILLE**

**Tél : 02.31.23.68.38**

[**contact@mairie-bellengreville.fr**](mailto:contact@mairie-bellengreville.fr)

1. **VACCINATIONS**

Nom et Prénom de l'enfant : ……………………………………………………………………………………………………………………….

Date de naissance: …../…../……….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS OBLIGATOIRES** | **OUI** | **NON** | **DATES DES DERNIERS RAPPELS** | **VACCINS RECOMMANDES** | **DATES** |
| Diphtérie |  |  |  | BCG |  |
| Tétanos |  |  |  | Hépatite B |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Rubéole-Oreillons-Rougeole |  |
| ou DT Polio |  |  |  | Coqueluche |  |
| ou Tétracoq |  |  |  | Autres (préciser)  …………………………………….. |  |

Si l’enfant n’est pas à jour des vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

1. **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

**Existence d’un P.A.I (Protocole d’Accueil Individualisé) :  OUI NON**

*(si oui, joindre obligatoirement une copie du protocole)*

Porter ici toute information jugée utile concernant le PAI

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Traitement médical particulier |  |
| **Maladies déjà contractées** | ***(facultatif)*** |
| Rubéole |  |
| Varicelle |  |
| Angine |  |
| Rhumatisme Articulaire Aigü |  |
| Scarlatine |  |
| Coqueluche |  |
| Otite |  |
| Rougeole |  |
| Oreillons |  |
| **Allergies** |  |
| Asthme |  |
| Médicamenteuses |  |
| Alimentaires |  |
| Autres |  |
| **Autres renseignements** |  |
| Port de lunettes |  |
| Port de lentilles |  |
| Port de prothèse auditive |  |
| Port d’un appareil dentaire |  |
| Autres … |  |

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation, etc.) en précisant les précautions à prendre :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

*Je soussigné, ……………………………………………………….responsable légal del’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l’équipe d’encadrement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d’un médecin et/ou d’un service d’urgence seuls habilités à définir l’hôpital de secteur.*

Date: Signature: