

# INSCRIPTION CANTINE SCOLAIRE- ANNÉE 2024/2025

Nom et prénom de l'enfant :	
Date de naissance	

- Votre enfant mangera-t-il à la cantine scolaire en 2024/2025 ?     oui      non
- Votre enfant mangera-t-il à la cantine le jour de la rentrée ?     oui      non
- Veuillez cocher les jours où votre enfant mangera à la cantine :

<b>Lundi</b>	<b>Mardi</b>	<b>Jeudi</b>	<b>Vendredi</b>

*Ce tableau est proposé à titre indicatif afin d'estimer les effectifs et d'évaluer les besoins.*

- **Facturation :**

**La facture sera toujours établie et adressée au nom d'un des deux parents (le débiteur principal). Le deuxième parent sera porté en tant que débiteur secondaire.** Merci d'indiquer vos coordonnées :

<b>Débiteur principal</b>			
NOM, Prénom			
Date de naissance		Lieu de naissance	
Adresse			

<b>Débiteur secondaire</b>			
NOM, Prénom			
Date de naissance		Lieu de naissance	
Adresse			

**Le repas étant facturé selon le coefficient familial, merci de fournir une attestation de QF de la CAF de moins de 3 mois.** Si aucun justificatif n'est fourni, le tarif le plus élevé sera appliqué, aucune rétroactivité ne sera accordée.

Pour les parents séparés ou divorcés, merci de fournir l'extrait de jugement précisant à qui incombe cette dépense.

- **Modalités de paiement :**

Les frais de restauration sont mis en recouvrement mensuellement, à terme échu.

- Le règlement est à effectuer, **sous 30 jours**, au SGC de Saint-Sever, 3 place du Tribunal, 40500 SAINT SEVER.
- Un service de proximité pour le paiement de votre facture, par carte bancaire ou espèces, auprès du buraliste du village : M. LEBEL, 97 rue du Commerce, 40360 POMAREZ. Munissez-vous obligatoirement de votre facture originale comportant le QR code.
- Par prélèvement, merci de compléter le mandat présent au verso, et y joindre un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

**L'acceptation à la restauration d'un enfant présentant des problèmes de santé et/ou d'allergies alimentaires est conditionnée à la présentation d'un P.A.I.**

**Signature des parents :**

# MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Type de contrat : Facturation cantine scolaire Pomarez

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Commune de Pomarez à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Commune de Pomarez.  
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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.

IDENTIFIANT  
CREANCIER SEPA :

**FR96ZZZ681162**

## DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : .....

Ville : .....

Pays : .....

## DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : **Commune de Pomarez**

Adresse : **61, rue de la Mairie**

.....

Code postal : **40360**

Ville : **POMAREZ**

Pays : **France**

## DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

Identification Internationale (IBAN)

.....

Identification Internationale de la Banque (BIC)

.....

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Signé à :

.....

Le (JJ/MM/AAAA) :

.....

Signature :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MÊME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

.....

## JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format BIC IBAN)

### Rappel :

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