



## Demande d'inscription à l'école du Lardin

NOM, Prénoms de l'enfant: \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Fils ou Fille de : \_\_\_\_\_

et de : \_\_\_\_\_

Domicilié(e) à : \_\_\_\_\_

Adresse du second \_\_\_\_\_

parent si différente \_\_\_\_\_

Situation de famille des parents  Célibataire  Marié  Divorcé  Concubinage

Garderie du matin  oui  non Garderie du Soir  oui  non

Cantine scolaire  oui  non Car  oui  non

Moyen de règlement des factures Cantine et Garderie  Prélèvement  Tickets  
*pour le prélèvement fournir un RIB + remplir la (les) demande(s) de prélèvement*

à l'école Maternelle du Lardin  
 Toute Petite section  Petite section  
 Moyenne section  Grande section

à l'école Primaire du Lardin  
 CP  CE 1  
 CE 2  CM 1  
 CM 2

Téléphone domicile père \_\_\_\_\_ mère \_\_\_\_\_

Téléphone portable père \_\_\_\_\_ mère \_\_\_\_\_

Téléphone travail père \_\_\_\_\_ mère \_\_\_\_\_

Adresse mail père \_\_\_\_\_ mère \_\_\_\_\_

Autorisez-vous la publication de vos adresses (mail et postale)  oui  non

Pour hors commune motif de l'inscription \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal

*Pièces à joindre à la demande : Livret de famille complet, une facture, en cas de séparation jugement pour la garde de l'enfant, pour les hors commune autorisation du Maire de la commune de résidence en supplément*

# MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

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

**MAIRIE DE LE LARDIN SAINT-LAZARE**  
**2 Avenue Georges Haupinot**  
**24570 LE LARDIN SAINT LAZARE**

Date de prélèvement **le 15 du mois**

Type de contrat : **SURVEILLANCE ET GARDERIE**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la **commune de Le Lardin Saint-Lazare** 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 Le Lardin Saint-Lazare**.

*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,*

Référence Unique Mandat : **RUM** (Réservé au créancier)

Paiement : Récurrent / Répétitif

Titulaire du compte à débiter	Identifiant Créancier SEPA : F R 0 2 Z Z Z 6 7 3 5 4 2
Nom Prénom : (*) _____	Nom : COMMUNE DE LE LARDIN ST
Adresse : (*) _____	LAZARE
_____	Adresse : 02 Avenue Georges Haupinot
Code postal : (*) _____	Code postal : 24570
Ville : (*) _____	Ville : LE LARDIN SAINT-LAZARE
Pays : FRANCE	Pays : FRANCE

BIC

IBAN

Le (\*) :

A (\*) :

Signature (\*) :

**Veuillez compléter tous les champs (\*) du mandat**

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.

