

NOM et PRENOM de l'enfant : Classe :

Fiche FACTURATION

à retourner à l'Accueil de Loisirs accompagnée des documents demandés

FACTURATION DES SERVICES PERISCOLAIRES : restaurant scolaire, centre de loisirs, accueil périscolaire

Les factures seront mensuelles et expédiées la première quinzaine du mois suivant par la Trésorerie de Blois Agglomération

ADRESSE DE FACTURATION : NOM : **PRENOM :**

ADRESSE :

TEL : **Portable :**

Si vous souhaitez utiliser le prélèvement automatique bancaire ou postal : merci de joindre un RIB.

Afin de déterminer votre tarif, vous devez transmettre votre avis d'imposition des revenus 2019 que vous recevrez en SEPTEMBRE 2020 ➔ avant le 02 octobre 2020 DERNIER DELAI.

ATTENTION ! Aucun rappel ne sera fait ➔ **Sans production de ce document, il vous sera appliqué le TARIF MAXIMUM.**

REGIME D'ALLOCATIONS FAMILIALES

REGIME GENERAL OU AUTRES REGIMES (*uniquement MSA*)

Numéro de Sécurité Sociale : Numéro d'allocataire complet :

J'autorise la responsable du Service Enfance et la personne responsable de la Facturation à consulter le fichier de mes données sur le site CAF PRO : OUI NON

INFORMATIONS PERISCOLAIRES

(Entourer les jours concernés)

GARDERIE MATIN	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	LUNDI - MARDI	JEUDI - VENDREDI
GARDERIE SOIR	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	LUNDI - MARDI	JEUDI - VENDREDI
RESTAURANT SCOLAIRE	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	LUNDI - MARDI JEUDI - VENDREDI	OCCASIONNEL
CENTRE DE LOISIRS MERCREDI	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	REPAS <input type="checkbox"/>	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Remplir et signer la fiche sanitaire de liaison ci-joint

IMPORTANT

Aucun médicament ne pourra être donné durant la pause méridienne, l'accueil périscolaire, l'ALSH,

sans ordonnance ainsi qu'une autorisation écrite de votre part.

Les médicaments doivent être remis au responsable de la structure ou à un animateur, dans leur emballage d'origine sur lequel doit être noté le nom et prénom de l'enfant.

A....., le.....

Signature des représentants légaux :