

NOM et PRENOM de l'enfant : ..... Classe : .....

# Service Enfance - Mairie de St Gervais la Forêt

## 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 : .....

Mail : .....@.....

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 2021 que vous recevrez en SEPTEMBRE 2022 → **avant le 04 octobre 2022 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 PÉRISCOLAIRES :



**Ne cocher qu'un seul choix par service**

FORFAIT GARDERIE MATIN	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
FORFAIT GARDERIE SOIR	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
FORFAIT GARDERIE MATIN + SOIR	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
RESTAURANT SCOLAIRE	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Tarif forfaitaire ANNUEL <input type="checkbox"/> (4 jours/semaine hors mercredi)	Tarif A LA JOURNEE <input type="checkbox"/>
CENTRE DE LOISIRS MERCREDI	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
CENTRE DE LOISIRS VACANCES	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

### ASSURANCE DE L'ENFANT



***Fournir une attestation d'assurance***

Responsabilité civile: Oui  Non  Individuelle Accident : Oui  Non

Compagnie d'assurance: \_\_\_\_\_ Numéro de police d'assurance : \_\_\_\_\_

A..... le.....

Signature des représentants légaux :