



## RECU EN MAIRIE LE :

Mairie de Bouleurs  
24, rue de l'Eglise  
77580 BOULEURS

Téléphone Mairie : 01 64 63 84 14  
Courriel : [regie.scolaire@bouleurs.fr](mailto:regie.scolaire@bouleurs.fr)  
Téléphone ALSH : 06 47 08 88 28  
Courriel ALSH : [alshbouleurs@gmail.com](mailto:alshbouleurs@gmail.com)

Rapporter tous ces documents à la  
**Mairie au Service des Affaires Scolaires**

# INSCRIPTION A.L.S.H DE BOULEURS

**Merci de nous fournir impérativement les pièces désignées ci-dessous :**

- Livret de famille en **original** et photocopie (photocopier toute la famille).
- Carnet de santé de l'enfant
- Justificatif d'adresse daté de moins de 3 mois en **original** et photocopie
- Avis d'imposition 2024 sur les revenus 2023
- Attestation CAF (Obligatoire)
- 1 Attestation d'assurance scolaire par enfant à fournir à chaque rentrée scolaire

**AVIS FAVORABLE**

Bouleurs, le

**AVIS NON FAVORABLE**

Le Maire,

Monique BOURDIER

## DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS 2024-2025

Nom de famille :

Adresse :

### ENFANT 1

Prénom :

Date de naissance :

L'enfant est en Maternelle PS / MS / GS ou en Élémentaire CP / CE1 / CE2 / CM1 / CM2 (entourez la classe)

### ENFANT 2

Prénom :

Date de naissance :

L'enfant est en Maternelle PS / MS / GS ou en Élémentaire CP / CE1 / CE2 / CM1 / CM2 (entourez la classe)

### ENFANT 3

Prénom :

Date de naissance :

L'enfant est en Maternelle PS / MS / GS ou en Élémentaire CP / CE1 / CE2 / CM1 / CM2 (entourez la classe)

- J'autorise mon (mes) enfant(s) à être photographié(s) par la presse pendant les activités.  
 Je n'autorise pas mon (mes) enfant(s) à être photographié(s) par la presse pendant les activités.

### AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Je soussigné, M. ou Mme .....

Adresse .....

CP ..... VILLE .....  
responsable légal de(s) l'enfant(s)

(Nom) ..... (Prénom) .....

(Nom) ..... (Prénom) .....

(Nom) ..... (Prénom) .....

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les personnes responsables de la cantine scolaire et de la garderie péri-scolaire de Bouleurs, à demander l'intervention des services de secours médicaux ou l'hospitalisation de l'enfant ci-dessus désigné, si la nécessité apparaît au cours du repas ou des temps de récréation précédant ou suivant le déjeuner ou pendant la garderie.

Je m'engage à respecter les conditions de fonctionnement de l'accueil péri-scolaire et de la restauration et avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Fait à Bouleurs, Le .....

Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »      **Signature**

### L'enfant 1 suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). *Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

**ALLERGIES :** ASTHME Oui  Non  MEDICAMENTEUSES Oui  Non   
ALIMENTAIRES Oui  Non  AUTRES :

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR ET/OU LES EVENTUELS PROBLEMES DE SANTE

---

---

#### **INDICATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...Précisez.

---

---

### L'enfant 2 suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). *Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

**ALLERGIES :** ASTHME Oui  Non  MEDICAMENTEUSES Oui  Non   
ALIMENTAIRES Oui  Non  AUTRES :

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR ET/OU LES EVENTUELS PROBLEMES DE SANTE

---

---

#### **INDICATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...Précisez.

---

---

### L'enfant 3 suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). *Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

**ALLERGIES :** ASTHME Oui  Non  MEDICAMENTEUSES Oui  Non   
ALIMENTAIRES Oui  Non  AUTRES :

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR ET/OU LES EVENTUELS PROBLEMES DE SANTE

---

---

#### **INDICATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...Précisez.

---

---

## PARENT 1

Nom de famille :

Prénom :

Adresse :

N° de téléphone portable et domicile :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur actuel :

N° de téléphone du lieu de travail :

Numéro de Sécurité Sociale :

## PARENT 2

Nom de famille :

Prénom :

Adresse :

N° de téléphone portable et domicile :

Adresse mail :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur actuel :

N° de téléphone du lieu de travail :

Numéro de Sécurité Sociale :

### **A.L.S.H. DU MERCREDI (pendant les jours scolaires)**


**Horaires D'ouverture : de 7h30 à 18h45 (pour le bon déroulement des activités, les arrivées se font jusqu'à 9h00 et les départs à partir de 17h00)**

Le repas est pris entre 12h00 et 14h00

- Régime repas sans porc
- P.A.I (Projet d'Accueil Individuel)

**Inscrivez-vous et mettez à jour régulièrement vos inscriptions sur l'espace famille**

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

**Adresse du responsable légal de l'enfant** - cochez  Parent 1  Parent 2  .....  
(ou des responsables légaux)

Situation familiale : Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

**Adresse électronique** : .....

## COMPOSITION DE LA FAMILLE

NOM et Prénom des enfants	Date de naissance

N° Police d'assurance : ..... Compagnie : .....

CAF de : ..... N° d'Allocataire : .....

**En cas d'impossibilité pour venir chercher mon enfant, je donne procuration aux personnes citées ci-dessous pour reprendre mon enfant.**

NOM Prénom : ..... Tél : .....

NOM Prénom : ..... Tél : .....

NOM Prénom : ..... Tél : .....

NOM Prénom : ..... Tél : .....

### **Précisions concernant les autorisations parentales et procurations ci-dessus :**

Les personnes ayant procuration pour venir chercher les enfants devront obligatoirement présenter une pièce d'identité à jour avant de se voir confier l'enfant.



Mairie de  
Bouleurs

Département de Seine et Marne  
Canton de Serris  
Communauté d'Agglomération Coulommiers Pays de Brie

**REGLEMENT FINANCIER  
ET CONTRAT DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE**

**Relatif au règlement de la Cantine - Garderie - Etude dirigée - ALSH**

Entre  
Mme-Mlle-Mr.....

Demeurant.....

Appelé ci-dessous « Le redevable »,

Et

La Mairie de BOULEURS,  
24 Rue de l'Eglise  
77580 BOULEURS représentée par Madame Monique BOURDIER, agissant en qualité de Maire

*il est convenu ce qui suit :*

**1 - Avis d'échéance**

Le redevable recevra en début de chaque mois la facture correspondante aux prestations de Cantine et/ou Garderie et/ou Etudes dirigées du mois précédent.

**2 - Dispositions générales**

Le redevable peut régler sa facture :

- de préférence par prélèvement automatique
- ou par Carte bancaire sur le portail famille
- ou par chèque bancaire ou postal libellé à l'ordre de RCGE de BOULEURS
- ou en numéraire (il faut apporter l'appoint)

**3 - Date des règlements**

Le redevable ayant opté pour le prélèvement automatique sera prélevé le **15 de chaque mois**.  
Les autres redevables devront s'acquitter de leur facture auprès de la Mairie de Bouleurs avant le **15 de chaque mois** (sauf exception). Le dossier sera ensuite transmis à la Trésorerie de Coulommiers.

**4 - Changement de compte bancaire**

Le redevable ayant opté pour le prélèvement automatique et 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.

Il conviendra alors de le retourner rempli, accompagné du nouveau Relevé d'Identité Bancaire ou Postal à l'adresse de la Mairie de Bouleurs  
Si l'envoi a lieu avant le 30 du mois, le prélèvement aura lieu sur le nouveau compte dès le mois suivant.  
Dans le cas contraire, la modification interviendra un mois plus tard.

#### **5 – Changement d'adresse**

Le redevable qui change d'adresse doit avertir sans délai la Mairie de Bouleurs.

#### **6 – Durée et renouvellement du contrat de prélèvement automatique mensuel**

Le contrat de prélèvement automatique est conclu pour une année scolaire. Sauf avis contraire du redevable, le contrat de prélèvement est automatiquement reconduit l'année suivante.

#### **7 - Echéances impayées**

Si un prélèvement ne peut être effectué sur le compte du redevable, il ne sera pas automatiquement représenté.

Les frais de rejet seront à la charge du redevable.

L'échéance impayée augmentée des frais de rejet est à régulariser auprès de :  
Trésorerie de COULOMMIERS (77527) – 24, rue Marcel Clavier BP 164.

#### **8 – Fin de contrat**

**Il sera mis fin automatiquement au contrat de prélèvement après 2 rejets consécutifs de prélèvement pour le même usager. Il lui appartiendra de renouveler son contrat l'année suivante s'il le désire.**

Le redevable qui souhaite mettre fin au contrat de prélèvement automatique informera la Mairie de Bouleurs par lettre simple avant le mois de juin de chaque année.

#### **9 – Renseignements, réclamations, difficultés de paiement**

- Pour tous renseignements et réclamations concernant le décompte de la facture :

Mairie de Bouleurs

24 Rue de l'Eglise

77580 Bouleurs

Tél. : 01 64 63 84 14 – Fax : 01 64 63 05 32

- Pour toutes difficultés de paiement :

Trésorerie de COULOMMIERS

Service de Gestion Comptable de Coulommiers

24, rue Marcel Clavier – BP 164

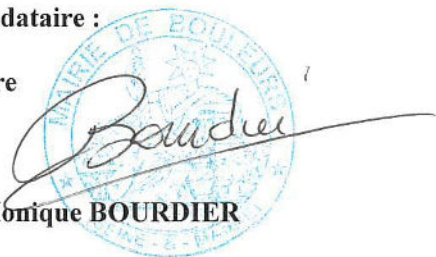
77527 COULOMMIERS CEDEX

Tél. : 01 64 03 03 99

**Le Mandataire :**

**Le Maire**

**Mme Monique BOURDIER**



**Bon pour accord de prélèvement mensuel,**

**Le redevable** (date, signature)

**FORMULAIRE D'AUTORISATION DE PRELEVEMENT BANCAIRE  
OU DE CHANGEMENT DE COORDONNEES BANCAIRES**

Afin que votre demande soit prise en compte, il est impératif de:

1. Compléter l'intégralité du volet de ce formulaire, et de les signer.
2. Joindre en même temps un Relevé d'identité bancaire (RIB IBAN).
3. Adresser l'intégralité de ce document à l'adresse

suivante:

**COMMUNE DE BOULEURS  
24, Rue de l'Eglise  
77580 BOULEURS**

<b>Autorisation de prélèvement : exemplaire réservé au créancier</b>													
J'autorise l'établissement teneur de notre compte à effectuer sur ce dernier, si la situation le permet, tous les prélèvements ordonner par la Commune de BOULEURS En cas de litige sur un prélèvement, nous pourrions faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de notre compte. Nous réglerons le différent directement avec la Commune de Bouleurs													
REFERENCES DU DEBITEUR			N° National Emetteur	REFERENCES DU CREANCIER									
Nom / Prénom			<b>601350</b>	Commune de Bouleurs									
Adresse				24, Rue de l'Eglise									
COMPTES A DEBITER			NOM et ADRESSE de l'Etablissement Teneur du Compte à DEBITER										
IBAN : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">FR</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>							FR						
FR													
Date			Signature										
<b>Merci de joindre un R.I.B. ou R.I.P. AVEC IBAN</b>													