



# DOSSIER D'INSCRIPTION SCOLAIRE ET PÉRISCOLAIRE 2026/2027

La campagne d'inscription scolaire 2026/2027 se déroulera du 2 mars au 13 mai 2026.

## INSCRIPTIONS SCOLAIRES : mon enfant est-il concerné ?

- Les enfants nés en 2023
- Les nouveaux arrivants à Billom
- Les enfants qui changent d'école à la prochaine rentrée suite à un déménagement.

## COMMENT INSCRIRE MON ENFANT ?

Retirer un dossier d'inscription en mairie ou sur notre site internet : [www.billom.fr](http://www.billom.fr)  
le rapporter **COMPLET** à l'accueil de la Mairie de Billom  
et ensuite vous devez contacter la directrice de l'école :  
(Ecole maternelle : 04.73.60.80.70. / Ecole primaire : 04.73.68.41.07)

**N'oubliez pas de vous munir des pièces justificatives demandées,**

**Tout dossier incomplet sera refusé.**



## Liste des documents à compléter et à fournir et pour inscrire votre enfant à l'école Maternelle de la Croze ou à l'école Élémentaire Guyot-Dessaigne

- La fiche de renseignements Base Elèves à compléter (ou à corriger si nécessaire)
- La fiche d'urgence
- La fiche de santé confidentielle (à remettre sous pli cacheté)
- La fiche sanitaire de liaison dûment complétée avec une **photo** de l'enfant  
*(si votre enfant a des allergies, des problèmes de santé : la mise en place d'un PAI est obligatoire)*
- Un justificatif de domicile (facture électricité, eau ou téléphone par exemple)
- Une photocopie du livret de famille
- Une photocopie des vaccins
- Une attestation d'assurance scolaire périscolaire et extrascolaire
- Une attestation de **Quotient Familial (QF)** pour les allocataires CAF/MSA  
**ou** le dernier **avis d'imposition** du foyer fiscal
- Le mandat de prélèvement SEPA dûment signé et un RIB (relevé d'identité bancaire) si vous optez pour le prélèvement automatique

### De plus, en cas de séparation ou de divorce :

Jugement précisant la garde des enfants et l'autorité parentale partagée  
*(si vous êtes dans ce cas).*

### Si changement d'école :

Fournir un certificat de radiation



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### À l'attention des familles

#### Qu'est-ce que l'application Onde ?

Les informations que vous fournissez au moyen de cette fiche sont enregistrées dans Onde (Outil numérique pour la direction d'école) dont les finalités sont la gestion administrative et pédagogique des élèves du premier degré, la gestion et le pilotage de l'enseignement du premier degré, le contrôle de l'obligation d'instruction prévue à l'article L. 131-1 du code de l'éducation pour les enfants dont la scolarité correspond aux classes de l'enseignement primaire, ainsi que le pilotage académique et national (statistiques et indicateurs).

Onde constitue un traitement de données à caractère personnel mis en œuvre par le ministre chargé de l'éducation nationale pour le respect d'une obligation légale au sens du c) de l'article 6 du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 sur la protection des données (RGPD), pour le contrôle de l'obligation d'instruction et pour l'exécution d'une mission d'intérêt public au sens du e) de l'article 6 du même règlement pour les autres finalités.

Ont accès, dans l'application, aux données à caractère personnel vous concernant, dans la limite de leurs attributions et de leur besoin d'en connaître : le directeur d'école ou le chef d'établissement, le directeur académique des services de l'éducation nationale du département du siège de l'école ou de l'établissement et les personnes de ses services dûment habilitées, les personnes habilitées au sein de la direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO), de la direction du numérique pour l'éducation (DNE) et au sein des directions des systèmes d'information (DSI) académiques, pour les besoins du fonctionnement du traitement, le maire de la commune de résidence de votre enfant et les agents municipaux chargés des affaires scolaires dûment habilités.

Sont destinataires de certaines données dans la limite du besoin d'en connaître : les enseignants, le principal du collège public d'affectation de votre enfant à l'entrée en classe de sixième, le président de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) doté de la compétence du service des écoles ou relative aux activités périscolaires ainsi que les agents des services intercommunaux dûment habilités, les responsables des associations de parents d'élèves et les responsables des listes de candidats à l'élection des représentants des parents d'élèves au conseil d'école, les agents dûment habilités des services statistiques académiques, ainsi que ceux de la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) du ministère, à des fins statistiques, le service de la protection maternelle et infantile du conseil départemental.

Les données relatives à votre enfant sont conservées jusqu'au terme de l'année civile suivant la sortie de la scolarité du premier degré, à l'exception des assurances scolaires, des activités périscolaires et des grilles horaires, qui sont conservées jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours. Celles relatives aux représentants légaux, aux personnes en charge de l'élève, et aux personnes à contacter en cas d'urgence ou autorisées à venir chercher l'élève, sont conservées pour une période ne pouvant excéder le terme de l'année civile suivant la cessation du rattachement de ces personnes à l'élève.

#### Comment exercer vos droits ?

Si votre enfant est scolarisé dans une école publique, vous pouvez accéder aux données vous concernant, ou concernant votre enfant, et exercer vos droits d'accès et de rectification que vous tenez des articles 15 et 16 du RGPD ainsi que le droit prévu à l'article 85 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, sur place, par voie postale ou par voie électronique auprès du directeur d'école, de l'inspecteur de l'éducation nationale de la circonscription ou du directeur académique des services de l'éducation nationale de l'établissement de votre enfant, agissant sur délégation du recteur d'académie.

Si votre enfant est scolarisé dans une école privée sous-contrat, ces droits s'exercent auprès du chef d'établissement.

Dans tous les cas, les droits de limitation et d'opposition prévus aux l'articles 18 et 21 du RGPD s'exercent auprès du directeur académique des services de l'éducation nationale du département de l'établissement de votre enfant agissant sur délégation du recteur d'académie. Ce droit d'opposition ne s'applique pas pour la collecte et le traitement de données nécessaires aux fins de contrôle de l'obligation d'instruction, conformément aux dispositions de l'article 56 de la loi du 6 janvier 1978. Pour trouver les coordonnées du directeur académique de votre département, vous pouvez consulter le site :

<https://www.education.gouv.fr/les-regions-academiques-academies-et-services-departementaux-de-l-education-nationale-6557>

Pour toute question concernant le traitement de vos données à caractère personnel, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données du ministère de l'éducation et de la jeunesse :

- par courriel, à [dpd@education.gouv.fr](mailto:dpd@education.gouv.fr),
- au moyen du formulaire de contact en ligne : <https://www.education.gouv.fr/contactez-nous-41633/category/contacter-le-delegue-la-protection-des-donnees-dpd>,
- ou par courrier postal, à :

*Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse  
À l'attention du délégué à la protection des données (DPD)  
110, rue de Grenelle  
75357 Paris Cedex 07*

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés ou que le traitement n'est pas conforme aux règles de protection des données, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) :

- au moyen du formulaire de contact en ligne : <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>,
- ou par courrier postal, à :

*Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés  
3 Place de Fontenoy  
TSA 80715  
75334 PARIS CEDEX 07*

À l'occasion de ces démarches, il peut vous être demandé de communiquer d'autres informations permettant de prouver votre identité, par exemple la photocopie d'un titre d'identité portant votre signature.

### Codes des professions et des catégories socio-professionnelles (à renseigner ci-contre)

<b>Libellé</b>	<b>Code *</b>	<b>Libellé</b>	<b>Code *</b>
<b>AGRICULTEURS EXPLOITANTS</b>		<b>OUVRIERS</b>	
Agriculteurs exploitants	10	Ouvriers qualifiés de type industriel	62
<b>ARTISANS, COMMERÇANTS ET CHEFS D'ENTREPRISE</b>		Ouvriers qualifiés de type artisanal	63
Artisans	21	Chauffeurs	64
Commerçants et assimilés	22	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport	65
Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus	23	Ouvriers non qualifiés de type industriel	67
<b>CADRES ET PROFESSIONS INTELLECTUELLES SUPÉRIEURES</b>		Ouvriers non qualifiés de type artisanal	68
Professions libérales	31	Ouvriers agricoles	69
Cadres de la fonction publique	33	<b>RETRAITÉS</b>	
Professeurs, professions scientifiques	34	Retraités agriculteurs exploitants	71
Professions de l'information, des arts et des spectacles	35	Retraités artisans, commerçants, chefs entreprise	72
Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise	37	Anciens cadres	74
Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise	38	Anciennes professions intermédiaires	75
<b>PROFESSIONS INTERMÉDIAIRES</b>		Anciens employés	77
Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés	42	Anciens ouvriers	78
Professions intermédiaires de la santé et du travail social	43	<b>AUTRES PERSONNES SANS ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE</b>	
Clergé, religieux	44	Chômeurs n'ayant jamais travaillé	81
Professions intermédiaires administratives de la fonction publique	45	Militaires du contingent	83
Professions intermédiaires administratives commerciales en entreprise	46	Elèves, étudiants	84
Techniciens	47	Personnes sans activité professionnelle < 60 ans (sauf retraités)	85
Contremaîtres, agents de maîtrise	48	Personnes sans activité professionnelle >= 60 ans (sauf retraités)	86
<b>EMPLOYÉS</b>			
Employés civils et agents de service de la fonction publique	52		
Policiers et militaires	53		
Employés administratifs d'entreprises	54		
Employés de commerce	55		
Personnels des services directs aux particuliers	56		

(\*) Code de la profession ou de la catégorie socio-professionnelle à reporter dans la fiche de renseignements

**ECOLE :**

Billom

 Maternelle publique  
de la Croze**FICHE DE RENSEIGNEMENTS****OU** Élémentaire publique  
Guyot-Dessaigne

Année scolaire : 2026/ 2027

Niveau : .....

Classe : .....

**ÉLÈVE**

Nom de famille : ..... Sexe : F  M   
 Nom d'usage : .....  
 Prénom(s) : ..... / ..... / .....  
 Né(e) le : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance (commune et département) : .....

**REPRÉSENTANTS LÉGAUX**Mère  Père  Tuteur 

Nom de famille : ..... Prénom : .....  
 Nom d'usage : .....  
 Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) ..... (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste page 2)  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Commune : .....  
 L'élève habite à cette adresse : Oui  Non   
 Tél. mobile : ..... Tél. domicile : ..... Tél. travail : .....  
 Courriel obligatoire : .....  
 J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui  Non

Mère  Père  Tuteur 

Nom de famille : ..... Prénom : .....  
 Nom d'usage : .....  
 Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) ..... (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste page 2)  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Commune : .....  
 L'élève habite à cette adresse : Oui  Non   
 Tél. mobile : ..... Tél. domicile : ..... Tél. travail : .....  
 Courriel : .....  
 J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui  Non

**Tiers déléataire (personne physique ou morale) Lien avec l'élève (\*) :** .....

Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales.

Nom de famille : ..... Prénom : .....  
 Nom d'usage : ..... Organisme : .....  
 Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) ..... (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste page 2)  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Commune : .....  
 L'élève habite à cette adresse : Oui  Non   
 Tél. mobile : ..... Tél. domicile : ..... Tél. travail : .....  
 Courriel : .....  
 J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui  Non

(\*) Ascendant/Fratrie/Autre membre de la famille/Educateur/Assistant familial/Garde d'enfant/Autre lien (à préciser) ou Aide Sociale à l'Enfance (pour responsable moral)

Nous acceptons que notre enfant soit **photographié(e) ou filmé(e)** pendant les activités scolaires : Oui  Non

**AUTRES RESPONSABLES** qui ont la charge effective de l'élève (personne physique ou morale)

Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales, le cas échéant.

**Lien avec l'élève (\*) :** .....

**Nom de famille :** ..... **Prénom :** .....

**Nom d'usage :** ..... **Organisme :** .....

**Adresse :** .....

**Code postal :** ..... **Commune :** .....

**L'élève habite à cette adresse :** Oui  Non

**Tél. mobile :** ..... **Tél. domicile :** ..... **Tél. travail :** .....

**Courriel :** .....

**Lien avec l'élève (\*) :** .....

**Nom de famille :** ..... **Prénom :** .....

**Nom d'usage :** ..... **Organisme :** .....

**Adresse :** .....

**Code postal :** ..... **Commune :** .....

**L'élève habite à cette adresse :** Oui  Non

**Tél. mobile :** ..... **Tél. domicile :** ..... **Tél. travail :** .....

**Courriel :** .....

**PERSONNES À CONTACTER** (si différentes des personnes déjà indiquées)

**Lien avec l'élève (\*) :** .....

**À contacter en cas d'urgence**  **Autorisé(e) à venir chercher l'élève**

**Nom de famille :** ..... **Nom d'usage :** ..... **Prénom :** .....

**Tél. mobile :** ..... **Tél. domicile :** ..... **Tél. travail :** .....

**Lien avec l'élève (\*) :** .....

**À contacter en cas d'urgence**  **Autorisé(e) à venir chercher l'élève**

**Nom de famille :** ..... **Nom d'usage :** ..... **Prénom :** .....

**Tél. mobile :** ..... **Tél. domicile :** ..... **Tél. travail :** .....

**Lien avec l'élève (\*) :** .....

**À contacter en cas d'urgence**  **Autorisé(e) à venir chercher l'élève**

**Nom de famille :** ..... **Nom d'usage :** ..... **Prénom :** .....

**Tél. mobile :** ..... **Tél. domicile :** ..... **Tél. travail :** .....

**Lien avec l'élève (\*) :** .....

**À contacter en cas d'urgence**  **Autorisé(e) à venir chercher l'élève**

**Nom de famille :** ..... **Nom d'usage :** ..... **Prénom :** .....

**Tél. mobile :** ..... **Tél. domicile :** ..... **Tél. travail :** .....

**Lien avec l'élève (\*) :** .....

**À contacter en cas d'urgence**  **Autorisé(e) à venir chercher l'élève**

**Nom de famille :** ..... **Nom d'usage :** ..... **Prénom :** .....

**Tél. mobile :** ..... **Tél. domicile :** ..... **Tél. travail :** .....

(\*) Ascendant/Fratrie/Autre membre de la famille/Educateur/Assistant familial/Garde d'enfant/Autre lien (à préciser) ou Aide Sociale à l'Enfance (pour responsable moral)

**SERVICES PÉRISCOLAIRES : Inscriptions et réservations via l'espace Famille Inoé**

**Restaurant scolaire :** Oui  Non  **Accueil de Loisirs : matin** Oui  Non

**Études surveillées :** Oui  Non  **Accueil de Loisirs : soir** Oui  Non

**Date :** ...../...../.....

**Signature des représentants légaux :**

**Le Maire de Billom,**



**FICHE DE SANTE CONFIDENTIELLE**

**A remettre sous pli cacheté avec la photocopie des vaccinations à l'attention du personnel infirmier**

Année scolaire : 202.... / 202...

Classe : .....

NOM et Prénom de l'élève: .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

N° de portable (élève majeur) : .....

**REPRESENTANTS LEGAUX :**

NOM - Prénom : .....

NOM - Prénom : .....

Adresse (si différente) : .....

Adresse (si différente) : .....

domicile .....

domicile .....

portable : .....

portable : .....

travail : .....

travail : .....

mail : .....

mail : .....

Votre enfant est-il porteur d'une pathologie chronique :  oui  non

Laquelle :

Votre enfant présente-t-il des allergies ?  oui  non

- Alimentaires :  oui  non

- Médicamenteuses :  oui  non

- Autres allergies :  oui  non

Devra-t-il prendre un traitement sur le temps scolaire :  oui  non

(Le personnel de santé vous contactera si besoin).

**Rappel important du règlement intérieur :** Pour toute prise de traitement pendant le temps de présence dans l'établissement scolaire, les médicaments et un double de la prescription médicale seront déposés auprès des infirmiers.

Votre enfant bénéficie-t-il et/ou souhaitez-vous qu'il bénéficie d'un PAI :  oui  non

Un élève atteint de troubles de la santé, physiques ou psychiques, évoluant sur une longue période, peut bénéficier d'un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** qui permet d'aménager sa scolarité au plus près de ses besoins, dans le respect de la confidentialité, (traitements ou soins particuliers, aménagements spécifiques, protocole d'intervention en cas d'urgence). Circulaire du 10 février 2021, BO n°9 du 4 mars 2021.

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PPS (projet personnalisé de scolarisation) :  oui  non

Indications complémentaires sur la santé de votre enfant qui vous semblent importantes de porter à la connaissance du personnel de santé de l'établissement.

**En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital ou le service de soins le mieux adapté, déterminé par le SAMU-Centre 15. Les responsables légaux sont immédiatement avertis par l'établissement. Un élève mineur ne peut pas sortir de l'hôpital ou du service de soins sans être accompagné d'un parent ou de son responsable légal.**

Médecin traitant : (NOM, adresse et n° de téléphone) : .....

A..... Date .....

Signature :

**FICHE D'URGENCE**

*Non confidentielle* conforme au RGPD à renseigner par les représentants légaux à chaque rentrée scolaire.

Année scolaire : 202... / 202....

Classe : .....

**ELEVE**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....


Date de naissance : .....

Numéro de portable de l'élève majeur : .....

**REPRESENTANTS LEGAUX :**


NOM - Prénom : .....

Adresse (si différente) : .....

 domicile .....

portable : .....

travail : .....

 mail : .....


NOM - Prénom : .....

Adresse (si différente) : .....

 domicile .....

portable : .....

travail : .....

 mail : .....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

Indiquer au moins deux contacts de votre entourage : les coordonnées des personnes susceptibles de vous prévenir rapidement :

NOM ..... n° de téléphone .....

NOM ..... n° de téléphone .....

**En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital ou le service de soins le mieux adapté, déterminé par le SAMU-Centre 15. Les responsables légaux sont immédiatement avertis par l'école ou l'établissement scolaire. Un élève mineur ne peut pas sortir de l'hôpital ou du service de soins sans être accompagné d'un de ses parents ou de son responsable légal.**

**Votre enfant a-t-il un PAI** (Projet d'Accueil Individualisé pour raison de santé) :  oui  non  
(Le PAI sera joint en cas de sortie ou de voyage scolaire).

**Votre enfant a-t-il un PPS** (Projet Personnalisé de Scolarisation pour situation de handicap) :  oui  non  
(Le PPS sera joint si besoin en cas de sortie ou de voyage scolaire).

**Souhaitez-vous évoquer un point particulier sur la santé de votre enfant ?**  oui  non

Si oui, et/ou si votre enfant bénéficie d'un PAI et/ ou d'un PPS, veuillez renseigner la fiche de santé confidentielle, à remettre sous enveloppe cachetée à l'attention du personnel infirmier.

Lors de la première inscription dans l'établissement, fournir la photocopie des vaccinations avec la fiche confidentielle de santé, sous enveloppe cachetée, à l'attention du personnel infirmier de l'établissement.

A..... Le..... **Signature des représentants légaux :**

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON (Service jeunesse)

Joindre obligatoirement une photo d'identité et la copie du carnet de vaccination

Photo  
à  
coller

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE M  F

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

**Tout problème de santé nécessitant un soin sera pris en charge par la mise en place d'un PAI.**

**Aucun médicament ne pourra être administré sans PAI**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

### 1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL CERTIFIANT LES VACCINS A JOURS.

### 2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical ?

Oui

Non

### 4- RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....  
TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....  
TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

**Je soussigné(e)**.....  
**responsable légal du mineur**.....

**Autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.**

Date :

Signature :

# MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

**Type de contrat :**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la mairie de Billom à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la mairie de **BILLOM**.  
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée 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

FR56ZZZ662773

## DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :  
Adresse :  
  
Code postal :  
Ville :  
Pays :

## DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : MAIRIE  
Adresse : 10 bis rue Carnot  
  
Code postal : 63160  
Ville : BILLOM  
Pays :

## DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

--	--

**Type de paiement :** Paiement récurrent/répétitif **Y**

Signé à :

Signature :

Le (JJ/MM/AAAA) :

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

Nom du tiers débiteur :

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

**Rappel :**

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par **Mairie de Billom** ; 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 mairie de Billom

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.