DOSSIER INSCRIPTION UNIQUE 2022-2023

Accueils périscolaires matin / soir
Restauration scolaire / Etudes surveillées
Accueils de Loisirs mercredis / vacances scolaires

À RETOURNER AVANT LE 27 JUIN 2022

AU PÔLE ADMINISTRATIF-GUICHET UNIQUE
Place des Halles – 28000 CHARTRES
Tél : 02 37 23 40 00 / FAX : 02 37 18 47 35
Email : inscription.periscolaire@agglo-ville.chartres.fr

Un seul dossier par famille

Pour toutes activités régulières ou occasionnelles, ce présent dossier est à remplir obligatoirement pour l'année scolaire et devra être renouvelé chaque année.

PIÈCES À PRÉSENTER AU DOSSIER

➔ Obligatoirement

Pour toutes les familles et quelle que soit l'inscription :

- Justificatif de domicile au nom des parents **datant de moins de 3 mois** (hors facture téléphonie mobile)
- Livret de famille uniquement pour la 1ère inscription ou si évolution de la situation familiale

Complément pour les Accueils de Loisirs, matin, soir, mercredis et les vacances scolaires :

- Document attestant que toutes les vaccinations obligatoires sont à jour (carnet de santé de l'enfant ou certificat de vaccinations)
- Certificat médical si contre-indication à certaines activités
- Brevet de natation (uniquement pour les vacances scolaires et les mercredis)

➔ Pour bénéficier du tarif dégressif (restauration scolaire, accueils de loisirs mercredis et vacances scolaires)

Uniquement pour les familles résidant à Chartres ou qui ont un enfant scolarisé en ULIS, en CHAD ou en CHAM

- Dernier avis d'imposition ou de non-imposition connu
- Attestation de paiement CAF et/ou MSA (12 derniers mois perçus)

COMPOSITION DU FOYER ACTUEL DE L'ENFANT(S)			
Titulaire de l'autorité parentale ①	Lien avec l'enfant : ◯ Mère ◯ Père ◯ Tuteur, Tutrice ◯ Autre (précisez :_____)		
Nom		Nom de naissance	
Prénom		Date de naissance	/ /
Situation familiale Vis-à-vis de l'enfant	◯ Marié(e)/Pacsé(e)/Concubin(e) ◯ Isolé(e)/Veuf(ve)	◯ Séparé(e)/Divorcé(e) ◯ Tuteur/Tutrice	
Adresse	N° : Rue : Apt : Code postal : Commune :		
Tél. Domicile		Tél : Portable	
Prestations familiales	❒ CAF ❒ MSA N° allocataire : *Uniquement pour les inscriptions en accueils de loisirs*		
Assurance scolaire et/ou extrascolaire de l'enfant		N° du contrat	
Courriel	@	❒ Je souhaite recevoir mes factures par mail	

Titulaire de l'autorité parentale ② et/ou Conjoint vivant au foyer	Lien avec l'enfant : ◯ Mère ◯ Père ◯ Tuteur, Tutrice ◯ Autre (précisez, :_____)		
Nom		Nom de naissance	
Prénom		Date de naissance	/ /
Tél. Domicile		Tél. Portable	

Nombre de personnes vivant au foyer de l'enfant	Adulte(s) :	Enfant(s) :

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION			
Code du bénéficiaire :	Quotient :	Restauration Scolaire : ❒	P.E.P : ❒

ENFANT 1	Nom :	Ecole :	Date de naissance :
	Prénom :	Classe :	Sexe : ◯ M ◯ F

PRESTATIONS VILLE		PRESTATIONS déléguées à l'Association des P.E.P. 28			
				Accueil de loisirs mercredi	
Restauration scolaire	Etudes surveillées 16h30 à 18h **uniquement pour les élémentaires**	Accueil matin 7h30 à 8h20 **priorité aux maternelles**	Accueil soir 16h30 à 18h **uniquement pour les maternelles**	Journée avec repas	Demi-journée sans repas Rigeard/Kergomard
				Nom de l'ALSH :	
◯ Occasionnel	◯ Occasionnel	◯ Occasionnel	◯ Occasionnel	◯ Occasionnel	◯ Occasionnel
◯ A l'année à partir du :	◯ A l'année à partir du :	◯ A l'année à partir du :	◯ A l'année à partir du :	◯ A l'année à partir du :	◯ A l'année Matin ◯ A l'année Après-midi à partir du : .....
❒ Lundi ❒ Mardi ❒ Jeudi ❒ Vendredi	❒ Lundi ❒ Mardi ❒ Jeudi ❒ Vendredi	❒ Lundi ❒ Mardi ❒ Jeudi ❒ Vendredi	❒ Lundi ❒ Mardi ❒ Jeudi ❒ Vendredi	Garderie du soir 18h à 18h30 - A l'année ◯ oui ◯ non	
Menus : Double choix offert aux enfants tous les jours à consulter sur www.chartres.fr rubrique restauration scolaire	Garderie du soir 18h à 18h30 A l'année (Prestation PEP28) ❒ Lundi ❒ Mardi ❒ Jeudi ❒ Vendredi		Garderie du soir 18h à 18h30 A l'année ❒ Lundi ❒ Mardi ❒ Jeudi ❒ Vendredi	RAMASSAGE BUS POUR **LE RIGEARD** (cf.annexe 2) ❒ Matin Arrêt : ..... ❒ Soir Arrêt :	❒ Matin Arrêt : ..... ❒ Soir Arrêt : .....
				Fiche d'inscription complémentaire à remplir pour les MERCREDIS et VACANCES SCOLAIRES (jointes au dossier)	

AUTORISATION DE PARTIR SEUL À LA FIN DE L'ACTIVITÉ ET A L'ARRET DE BUS

	◯ oui ◯ non			◯ oui ◯ non

Je soussigné(e)_____ autorise mon enfant à partir seul après les activités ci-dessus et assume l'entière responsabilité de cette demande et décharge la Mairie et les PEP 28 de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant.

Fait à : _____ **le :** _____ **Signature(s) :**_

PERSONNES HABILITÉES À VENIR CHERCHER LES ENFANTS ET À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE ET CE QUELLES QUE SOIENT LES ACTIVITÉS

Nom resp 1 :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :
Nom resp 2 :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :
Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Médecin traitant	**Nom :**	**Prénom :**	**Téléphone :**
▪ L'enfant a-t-il des difficultés de santé et/ou antécédents médicaux ou un suivi sanitaire particulier en cours ?		◯ Oui ◯ Non Si oui, ces informations devront être portées à la connaissance **de chaque directeur d'accueil de loisirs le 1er jour d'accueil de l'enfant** (fournir les informations sous enveloppe cachetée - **une enveloppe par activité :** périscolaire matin/soir, mercredi et/ou vacances - sur laquelle sera mentionnée « suivi sanitaire » avec le nom et prénom de l'enfant ainsi que l'accueil. Exemple « Suivi sanitaire NOM Prénom Accueil matin Jules Ferry ».	
▪ L'enfant a-t-il une allergie ? **▪ Est-ce une allergie ?** **▪ Avez-vous déjà mis en place un P.A.I ?**		◯ Oui ◯ Non ❒ **Alimentaire** ❒ **Médicamenteuse** ❒ **Autres** ◯ Oui ◯ Non Date de validité : _____ /_____/_____	
En cas d'allergie ou prise de médicaments, il convient de mettre en place un PAI en contactant le directeur de l'école et/ou le directeur d'accueil de loisirs (cf. dernière page du dossier)			
L'enfant présente-t-il un handicap ?		◯ Oui ◯ Non (Veuillez contacter le directeur de l'école et/ou le directeur d'accueil de loisirs pour étudier les dispositions à prendre)	
L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc…		◯ Oui ◯ Non (Veuillez contacter le directeur de l'école et/ou le directeur d'accueil de loisirs pour étudier les dispositions à prendre)	

Je soussigné(e) _____, titulaire de l'autorité parentale de l'enfant, autorise en cas d'urgence le personnel de l'accueil périscolaire et de loisirs à contacter les services compétents pour toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Fait à : _____ **le :** _____ **Signature(s) :**_

ENFANT 2	Nom :	Ecole :	Date de naissance :
	Prénom :	Classe :	Sexe : ◯ M ◯ F

PRESTATIONS VILLE		PRESTATIONS déléguées à l'Association des P.E.P. 28			
				Accueil de loisirs mercredi	
Restauration scolaire	Etudes surveillées 16h30 à 18h **uniquement pour les élémentaires**	Accueil matin 7h30 à 8h20 **priorité aux maternelles**	Accueil soir 16h30 à 18h **uniquement pour les maternelles**	Journée avec repas	Demi-journée sans repas Rigeard/Kergomard
				Nom de l'ALSH :	
◯ Occasionnel	◯ Occasionnel	◯ Occasionnel	◯ Occasionnel	◯ Occasionnel	◯ Occasionnel
◯ A l'année à partir du :	◯ A l'année à partir du :	◯ A l'année à partir du :	◯ A l'année à partir du :	◯ A l'année à partir du :	◯ A l'année Matin ◯ A l'année Après-midi à partir du : .....
❒ Lundi ❒ Mardi ❒ Jeudi ❒ Vendredi	❒ Lundi ❒ Mardi ❒ Jeudi ❒ Vendredi	❒ Lundi ❒ Mardi ❒ Jeudi ❒ Vendredi	❒ Lundi ❒ Mardi ❒ Jeudi ❒ Vendredi	Garderie du soir 18h à 18h30 - A l'année ◯ oui ◯ non	
Menus : Double choix offert aux enfants tous les jours à consulter sur www.chartres.fr rubrique restauration scolaire	Garderie du soir 18h à 18h30 A l'année (Prestation PEP28) ❒ Lundi ❒ Mardi ❒ Jeudi ❒ Vendredi		Garderie du soir 18h à 18h30 A l'année ❒ Lundi ❒ Mardi ❒ Jeudi ❒ Vendredi	RAMASSAGE BUS POUR **LE RIGEARD** (cf.annexe 2) ❒ Matin Arrêt : ..... ❒ Soir Arrêt :	❒ Matin Arrêt : ..... ❒ Soir Arrêt : .....
				Fiche d'inscription complémentaire à remplir pour les MERCREDIS et VACANCES SCOLAIRES (jointes au dossier)	

AUTORISATION DE PARTIR SEUL À LA FIN DE L'ACTIVITÉ ET A L'ARRET DE BUS

	◯ oui ◯ non			◯ oui ◯ non

Je soussigné(e)_____ autorise mon enfant à partir seul après les activités ci-dessus et assume l'entière responsabilité de cette demande et décharge la Mairie et les PEP 28 de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant.

Fait à : _____ **le :** _____ **Signature(s) :**_

PERSONNES HABILITÉES À VENIR CHERCHER LES ENFANTS ET À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE ET CE QUELLES QUE SOIENT LES ACTIVITÉS

Nom resp 1 :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :
Nom resp 2 :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :
Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Médecin traitant	**Nom :**	**Prénom :**	**Téléphone :**
▪ L'enfant a-t-il des difficultés de santé et/ou antécédents médicaux ou un suivi sanitaire particulier en cours ?		◯ Oui ◯ Non Si oui, ces informations devront être portées à la connaissance **de chaque directeur d'accueil de loisirs le 1er jour d'accueil de l'enfant** (fournir les informations sous enveloppe cachetée - **une enveloppe par activité :** périscolaire matin/soir, mercredi et/ou vacances - sur laquelle sera mentionnée « suivi sanitaire » avec le nom et prénom de l'enfant ainsi que l'accueil. Exemple « Suivi sanitaire NOM Prénom Accueil matin Jules Ferry ».	
▪ L'enfant a-t-il une allergie ? **▪ Est-ce une allergie ?** **▪ Avez-vous déjà mis en place un P.A.I ?**		◯ Oui ◯ Non ❒ **Alimentaire** ❒ **Médicamenteuse** ❒ **Autres** ◯ Oui ◯ Non Date de validité : _____ /_____/_____	
En cas d'allergie ou prise de médicaments, il convient de mettre en place un PAI en contactant le directeur de l'école et/ou le directeur d'accueil de loisirs (cf. dernière page du dossier)			
L'enfant présente-t-il un handicap ?		◯ Oui ◯ Non (Veuillez contacter le directeur de l'école et/ou le directeur d'accueil de loisirs pour étudier les dispositions à prendre)	
L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc…		◯ Oui ◯ Non (Veuillez contacter le directeur de l'école et/ou le directeur d'accueil de loisirs pour étudier les dispositions à prendre)	

Je soussigné(e) _____**, titulaire de l'autorité parentale de l'enfant, autorise en cas d'urgence le personnel de l'accueil périscolaire et de loisirs à contacter les services compétents pour toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.**

Fait à : _____ **le :** _____ **Signature(s) :**_

➔ **Si vous avez plus de deux enfants**, veuillez photocopier cette feuille et insérer pour chaque enfant supplémentaire celle-ci dans le présent dossier.

POUR TOUTES INSCRIPTIONS OCCASIONNELLES ET VACANCES SCOLAIRES

- ***Restauration Scolaire***, contacter la Direction Vie Scolaire 72 heures à l'avance pour prévenir de la présence de votre enfant au 02 37 18 47 16 ou par mail restauration.scolaire@agglo-ville.chartres.fr

- ***Accueils de loisirs mercredis et vacances scolaires***, une fiche de réservation supplémentaire est à retirer auprès du Pôle Administratif - Guichet Unique - place des Halles ou aux P.E.P 28, 3 rue Charles Brune à Lucé ou sur le site internet www.lespep28.org, 1 mois avant chaque période (fiche de la première période septembre/octobre jointe au dossier)

- ***Accueil matin et soir***, contacter le référent de la structure en priorité aux heures habituelles de fonctionnement ou les P.E.P 28 au 02 37 88 14 14 ou par mail standard@pep28.asso.fr

P.A.I / ALLERGIE OU MALADIE CHRONIQUE OU HANDICAP OU PRISE DE MEDICAMENTS

Toute allergie dont alimentaire ou toute maladie chronique justifiée par une prescription médicale, doit être signalée au Directeur de l'école et au Directeur de l'Accueil de Loisirs en début d'année scolaire et faire l'objet d'un P.A.I (Projet d'accueil individualisé). Si votre enfant bénéficiait d'un P.A.I l'année dernière, celui-ci devra être renouvelé et transmis au Directeur de l'école et au Directeur de l'Accueil de Loisirs. Le repas de substitution préparé par le prestataire de la Ville et du délégataire (la Restauration Collective de Chartres Métropole) sera facturé au tarif en vigueur. Si le repas est fourni par les parents, une réduction de 50% sera appliquée au tarif en vigueur.

MODE DE PAIEMENT RETENU PAR LA FAMILLE (cochez la case)	
Restauration scolaire	**Accueil de Loisirs – Périscolaire**
◯ En espèces ◯ Par prélèvement automatique (remplir l'annexe 3, accompagnée d'un RIB) ◯ Par internet via le portail famille	❒ En espèces ❒ Par prélèvement automatique pour le forfait du mercredi et de l'accueil du matin et du soir (remplir l'annexe 4, accompagnée d'un RIB) ❒ Par chèque à l'ordre des P.E.P 28 ❒ Par chèques vacances ou CESU ❒ Par Carte Bancaire au siège des PEP

RÈGLES DE VIE/RÉGLEMENT INTÉRIEUR

Les enfants devront respecter les règles normales « dites de bonne conduite » conformément aux règlements intérieurs des activités consultables sur les sites internet de la ville de Chartres, www.chartres.fr et des P.E.P 28, www.pep28.org ainsi que dans les structures d'accueil et au Pôle Administratif - Guichet Unique – place des Halles à Chartres.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

En l'absence de votre accord pour les trois premières coches, nous ne pourrons procéder à l'inscription de votre enfant conformément au règlement Européen UE 2016/679 relatif à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

❒ En cochant cette case, j'ai pris connaissance des mentions d'information en annexe 1

❒ En cochant cette case, j'accepte que les informations saisies soient utilisées, exploitées, traitées par la ville de Chartres pour la finalité principale et ses sous finalités précitées.

❒ En cochant cette case, j'accepte que les informations saisies soient utilisées, exploitées, traitées par le délégataire pour la finalité principale et ses sous finalités précitées.

❒ En cochant cette case, j'autorise la ville de Chartres et les P.E.P 28 à m'envoyer des communications sur les activités périscolaires et extrascolaires sur le territoire.

Je soussigné(e), _____ titulaire de l'autorité parentale de(s) enfant(s) ci-dessus désigné(s) :

- Atteste sur l'honneur l'exactitude des informations renseignées sur le document
- Atteste avoir pris connaissance du ou des règlement (s) intérieur (s)
- M'engage à signaler tout changement de situation
- M'engage à avoir pris connaissance de l'ensemble des données du présent dossier et de l'annexe 1
- M'engage à régler les prestations payantes auxquelles j'inscris mon / mes enfant(s)
- Autorise les encadrants des différentes activités à prendre le cas échéant, toutes les mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de mon ou mes enfants

À _____, le _____/_____/_____ **Signature du (des) titulaire (s) de l'autorité parentale**

Annexe 1 Dossier Unique d'inscription

Protection des données personnelles
Mentions d'information obligatoires

Les informations personnelles portées sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la ville de Chartres et les P.E.P 28.

Nous ne traiterons ou n'utiliserons vos données que dans la mesure où cela est nécessaire pour l'inscription, suivi et facturation des activités périscolaires et extrascolaires.

Vos informations personnelles sont conservées pendant une durée qui ne saurait excéder 1 an en base active et 5 ans en base intermédiaire avant destruction. Pendant cette période, nous mettons en place tous moyens aptes à assurer la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles, de manière à empêcher leur endommagement, effacement ou accès par des tiers non autorisés.

L'accès à vos données personnelles est strictement limité au à la Direction Vie Scolaire de la ville de Chartres, le secrétariat des P.E.P 28 ainsi que les directeurs des ALSH et, le cas échéant, à nos cocontractants. Les cocontractants en question sont soumis à une obligation de confidentialité et ne peuvent utiliser vos données qu'en conformité avec nos dispositions contractuelles et la législation applicable. En dehors des cas énoncés ci-dessus, nous nous engageons à ne pas vendre, louer, céder ni donner accès à des tiers à vos données sans votre consentement préalable, à moins d'y être contraints en raison d'un motif légitime (obligation légale, lutte contre la fraude ou l'abus, exercice des droits de la défense, etc.).

Conformément à la loi « *informatique et libertés* » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

La mise à jour des informations recueillies dans ce questionnaire peut se faire directement auprès de la Direction Vie Scolaire de la ville de Chartres (mail : **inscription.periscolaire@agglo-ville.chartres.fr**), du secrétariat des P.E.P 28 (mail : **standard@pep28.asso.fr**) ou à défaut (mail : **contact@agglo-ville.chartres.fr**]
De plus, vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits (accès, rectification, effacement, limitation du traitement) en contactant les délégués à la protection des données personnelles, par mail à l'adresse **dpo@agglo-ville.chartres.fr.**

Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (plus d'informations sur www.cnil.fr).

CHARTRES

Annexe 3 Dossier Unique d'inscription

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA VILLE Restauration Scolaire

Référence unique du mandat :

Type de contrat : VILLE DE CHARTRES-RESTAURATION SCOLAIRE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **la VILLE DE CHARTRES – REGIE DE RECETTES – RESTAURATION** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la **VILLE DE CHARTRES – REGIE DE RECETTES – RESTAURATION.**
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

FR 97 ZZZ 513722

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, prénom : Adresse : Code postal : Ville : Pays :	Nom : **VILLE DE CHARTRES – REGIE RECETTES - RESTAURATION** Adresse : **HOTEL DE VILLE** Code postal : **28019** Ville : **CHARTRES CEDEX** Pays : **FRANCE**

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN) | IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif
~~Paiement ponctuel~~

Signé à :

Le

Signature :

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 RELEVE D'IDENTITE 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 ***la*** **VILLE DE CHARTRES – REGIE DE RECETTES – RESTAURATION**. *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*** **VILLE DE CHARTRES – REGIE DE RECETTES – RESTAURATION.**

Annexe 4 Dossier Unique d'inscription

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA P.E.P 28
Accueils de loisirs du délégataire

Référence unique du mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A le délégataire à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du délégataire.
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

FR90ZZZ321303

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, prénom : Adresse : Code postal : Ville :	ADPEP28

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN) | IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement : ☒ Paiement récurrent/répétitif
☐ Paiement ponctuel

Signé à :

Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature :

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 RELEVE D'IDENTITE 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 le délégataire. 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 le délégataire.