



**MAIRIE DE LA CHARTRE SUR LE LOIR (72)**  
**ANNÉE SCOLAIRE 2024 - 2025**

**CANTINE SCOLAIRE**

ENFANT(S) INSCRIT(S) A LA CANTINE SCOLAIRE

Groupe Scolaire de la Pléiade

Ecole Sainte Marie de la Providence

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	CLASSE

Jour(s) de présence  
(cocher la ou les cases  
correspondante(s))

LUNDI

JEUDI

MARDI

VENDREDI

RESPONSABLE(S)

NOM (Père) :

NOM (Mère) :

PRÉNOM (Père) :

PRÉNOM (Mère) :

ADRESSE POSTALE :

ADRESSE POSTALE :

ADRESSE MAIL :

ADRESSE MAIL :

☎ DOMICILE :

☎ DOMICILE :

☎ EN CAS D'URGENCE :

☎ EN CAS D'URGENCE :

Autre responsable NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE POSTALE :

ADRESSE MAIL :

☎ DOMICILE :

EMPLOYEUR DU PÈRE

PROFESSION :

☎ TRAVAIL :

SOCIÉTÉ

ADRESSE :

EMPLOYEUR DE LA MÈRE

PROFESSION :

☎ TRAVAIL :

SOCIÉTÉ

ADRESSE :

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE :

N° CAF :

N° MSA :

Nom Parent Responsable CAF/MSA

D  
O  
S  
S  
I  
E  
R  
·  
I  
N  
S  
C  
R  
I  
P  
T  
I  
O  
N



# MAIRIE DE LA CHARTRE SUR LE LOIR (72)

## ANNÉE SCOLAIRE 2024 - 2025

### ASSURANCE EXTRA SCOLAIRE OBLIGATOIRE

si

l'assurance scolaire de votre (vos) enfant(s) ne prend pas en compte les temps péri et extra scolaires, il faut souscrire une assurance "individuelle accident" auprès de votre assurance.

NOM ASSUREUR :

N° CONTRAT :

### MÉDECIN DE FAMILLE

NOM :



Votre (vos) enfant(s) a-t-il (ont-ils) une allergie, un traitement ou un suivi médical?  
Si oui, lequel?

### AUTORISATION EN CAS D'URGENCE

J'autorise le responsable de la cantine scolaire à prendre en cas d'urgence, toutes mesures nécessaires justifiées par l'état de mon (mes) enfant(s). En cas de soins à donner d'urgence et si nécessaire d'anesthésie, j'autorise le responsable à présenter mon (mes) enfant(s) au médecin ou centre hospitalier le plus proche. En cas d'accident, mon (mes) enfant (s) sera (ont) transporté(s) à l'hôpital de secteur par les services de secours (pompiers, SAMU).

### CHANGEMENT DE SITUATION

En cas de changement de situation en cours d'année scolaire, je m'engage à prévenir au plus tôt le secrétariat de Mairie au 02 43 38 16 16.

### LU ET APPROUVÉ

DATE

SIGNATURE DES PARENTS

D  
O  
S  
S  
I  
E  
R  
  
D  
·  
I  
N  
S  
C  
R  
I  
P  
T  
I  
O  
N





**MAIRIE DE LA CHARTRE SUR LE LOIR (72)**  
**ANNÉE SCOLAIRE 2024 - 2025**

**CANTINE SCOLAIRE**

ENFANT(S) INSCRIT(S) A LA CANTINE SCOLAIRE

Groupe Scolaire de la Pléiade

Ecole Sainte Marie de la Providence

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	CLASSE

Jour(s) de présence  
(cocher la ou les cases  
correspondante(s))

LUNDI

JEUDI

MARDI

VENDREDI

RESPONSABLE(S)

NOM (Père) :

NOM (Mère) :

PRÉNOM (Père) :

PRÉNOM (Mère) :

ADRESSE POSTALE :

ADRESSE POSTALE :

ADRESSE MAIL :

ADRESSE MAIL :

☎ DOMICILE :

☎ DOMICILE :

☎ EN CAS D'URGENCE :

☎ EN CAS D'URGENCE :

Autre responsable NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE POSTALE :

ADRESSE MAIL :

☎ DOMICILE :

EMPLOYEUR DU PÈRE

PROFESSION :

☎ TRAVAIL :

SOCIÉTÉ

ADRESSE :

EMPLOYEUR DE LA MÈRE

PROFESSION :

☎ TRAVAIL :

SOCIÉTÉ

ADRESSE :

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE :

N° CAF :

N° MSA :

Nom Parent Responsable CAF/MSA

D  
O  
S  
S  
I  
E  
R  
  
D  
·  
I  
N  
S  
C  
R  
I  
P  
T  
I  
O  
N



# MAIRIE DE LA CHARTRE SUR LE LOIR (72)

## ANNÉE SCOLAIRE 2024 - 2025

### ASSURANCE EXTRA SCOLAIRE OBLIGATOIRE

si

l'assurance scolaire de votre (vos) enfant(s) ne prend pas en compte les temps péri et extra scolaires, il faut souscrire une assurance "individuelle accident" auprès de votre assurance.

NOM ASSUREUR :

N° CONTRAT :

### MÉDECIN DE FAMILLE

NOM :



Votre (vos) enfant(s) a-t-il (ont-ils) une allergie, un traitement ou un suivi médical?  
Si oui, lequel?

### AUTORISATION EN CAS D'URGENCE

J'autorise le responsable de la cantine scolaire à prendre en cas d'urgence, toutes mesures nécessaires justifiées par l'état de mon (mes) enfant(s). En cas de soins à donner d'urgence et si nécessaire d'anesthésie, j'autorise le responsable à présenter mon (mes) enfant(s) au médecin ou centre hospitalier le plus proche. En cas d'accident, mon (mes) enfant (s) sera (ont) transporté(s) à l'hôpital de secteur par les services de secours (pompiers, SAMU).

### CHANGEMENT DE SITUATION

En cas de changement de situation en cours d'année scolaire, je m'engage à prévenir au plus tôt le secrétariat de Mairie au 02 43 38 16 16.

### LU ET APPROUVÉ

DATE

SIGNATURE DES PARENTS

D  
O  
S  
S  
I  
E  
R  
  
D  
·  
I  
N  
S  
C  
R  
I  
P  
T  
I  
O  
N





**MAIRIE DE LA CHARTRE SUR LE LOIR (72)**  
**ANNÉE SCOLAIRE 2024 - 2025**

**CANTINE SCOLAIRE**

ENFANT(S) INSCRIT(S) A LA CANTINE SCOLAIRE

Groupe Scolaire de la Pléiade

Ecole Sainte Marie de la Providence

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	CLASSE

Jour(s) de présence  
(cocher la ou les cases  
correspondante(s))

LUNDI

JEUDI

MARDI

VENDREDI

RESPONSABLE(S)

NOM (Père) :

NOM (Mère) :

PRÉNOM (Père) :

PRÉNOM (Mère) :

ADRESSE POSTALE :

ADRESSE POSTALE :

ADRESSE MAIL :

ADRESSE MAIL :

☎ DOMICILE :

☎ DOMICILE :

☎ EN CAS D'URGENCE :

☎ EN CAS D'URGENCE :

Autre responsable NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE POSTALE :

ADRESSE MAIL :

☎ DOMICILE :

EMPLOYEUR DU PÈRE

PROFESSION :

☎ TRAVAIL :

SOCIÉTÉ

ADRESSE :

EMPLOYEUR DE LA MÈRE

PROFESSION :

☎ TRAVAIL :

SOCIÉTÉ

ADRESSE :

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE :

N° CAF :

N° MSA :

Nom Parent Responsable CAF/MSA

D  
O  
S  
S  
I  
E  
R  
·  
I  
N  
S  
C  
R  
I  
P  
T  
I  
O  
N



# MAIRIE DE LA CHARTRE SUR LE LOIR (72)

## ANNÉE SCOLAIRE 2024 - 2025

### ASSURANCE EXTRA SCOLAIRE OBLIGATOIRE

si

l'assurance scolaire de votre (vos) enfant(s) ne prend pas en compte les temps péri et extra scolaires, il faut souscrire une assurance "individuelle accident" auprès de votre assurance.

NOM ASSUREUR :

N° CONTRAT :

### MÉDECIN DE FAMILLE

NOM :



Votre (vos) enfant(s) a-t-il (ont-ils) une allergie, un traitement ou un suivi médical?  
Si oui, lequel?

### AUTORISATION EN CAS D'URGENCE

J'autorise le responsable de la cantine scolaire à prendre en cas d'urgence, toutes mesures nécessaires justifiées par l'état de mon (mes) enfant(s). En cas de soins à donner d'urgence et si nécessaire d'anesthésie, j'autorise le responsable à présenter mon (mes) enfant(s) au médecin ou centre hospitalier le plus proche. En cas d'accident, mon (mes) enfant (s) sera (ont) transporté(s) à l'hôpital de secteur par les services de secours (pompiers, SAMU).

### CHANGEMENT DE SITUATION

En cas de changement de situation en cours d'année scolaire, je m'engage à prévenir au plus tôt le secrétariat de Mairie au 02 43 38 16 16.

### LU ET APPROUVÉ

DATE

SIGNATURE DES PARENTS

D  
O  
S  
S  
I  
E  
R  
  
D  
·  
I  
N  
S  
C  
R  
I  
P  
T  
I  
O  
N

