



**MAIRIE DE LA CHARTRE SUR LE LOIR (72)**  
**ANNÉE SCOLAIRE 2025 - 2026**

**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<br>NAISSANCE | CLASSE |
|-----|--------|----------------------|--------|
|     |        |                      |        |
|     |        |                      |        |
|     |        |                      |        |
|     |        |                      |        |
|     |        |                      |        |

|  |       |                          |          |                          |
|--|-------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Jour(s) de présence<br>(cocher la ou les cases<br>correspondante(s)) | LUNDI | <input type="checkbox"/> | JEUDI    | <input type="checkbox"/> |
|  | MARDI | <input type="checkbox"/> | VENDREDI | <input type="checkbox"/> |

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 2025 - 2026

### 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

