



Commune de Cinq-Mars-la-Pile

12 Place de la Mairie

37130 Cinq-Mars-la-Pile

☎ : 02.47.96.20.30

✉ mairie@cinqmarslapile.fr

🌐 : www.cinq-mars-la-pile.fr

INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE Année 2022 - 2023

**Dossier complet à retourner
UNIQUEMENT par mail à l'adresse
→ facturation-cantine@cinqmarslapile.fr**

Format PDF impératif

(Sur téléphone il est possible d'utiliser des applications tel que CamScanner)

Date limite : 15 juillet 2022

Un seul dossier est à compléter par famille.



Fiche d'informations

► À CONSERVER ◀

Le restaurant scolaire de Cinq-Mars-La-Pile est ouvert les lundi, mardi, jeudi et vendredi (hors vacances scolaires).

La préparation et la surveillance des repas sont assurées par des personnels communaux.

Pour les enfants qui le fréquentent à titre régulier ou occasionnel, **l'inscription au restaurant scolaire est OBLIGATOIRE**. Elle est prise en compte au regard des documents joints et vaut **pour l'année scolaire 2022-2023**.

La pause méridienne a lieu de 12h00 à 13h30 pour les élèves de maternelle, de 12h15 à 13h45 pour ceux de l'élémentaire, permettant à chacun un temps de restauration et un temps de récréation, sous la responsabilité de la Municipalité. Ce service est facultatif. Un enfant pourra être sanctionné en raison d'un comportement inadapté ..., voire exclu temporairement du restaurant scolaire si la situation s'avère aggravée et persistante.

PRIX DU REPAS :

À titre indicatif, le prix du repas s'élève à **3,53 €** pour les enfants inscrits régulièrement et **4,40 €** pour les enfants occasionnels pour l'année scolaire 2021-2022. **Ce tarif est susceptible d'augmenter à la rentrée 2022.**

⚠ En cas de grève ou d'absence de(s) enseignant(s), le repas est dû.

SIGNALEMENT D'UNE ABSENCE :

Toute absence doit être signalée par mail à facturation-cantine@cinqmarslapile.fr ou par téléphone à la mairie.

⚠ Pour chaque période d'absence de l'enfant, les deux premiers jours sont dus (**carence**).

PAIEMENT DES REPAS :

Le paiement des repas s'effectue au terme du mois échu, selon les modalités ci-dessous :

- Paiement sur facture, en retournant via l'enveloppe jointe le talon et un chèque à l'adresse indiquée
- Eventuellement, paiement auprès du Service de Gestion comptable de Chinon. Renseignements au 02.47.93.03.86
- Paiement en ligne sur le site <https://www.payfip.gouv.fr>
- Paiement par prélèvement automatique → Remplir **chaque année** le **mandat de prélèvement SEPA** accompagné d'un **RIB** au format BIC/IBAN, ou **en cas de changement de coordonnées bancaires** en cours d'année scolaire.

ADHÉSION :

L'adhésion est possible en cours d'année scolaire.

Le contrat peut être rompu sur simple demande écrite. Le prélèvement est abrogé après deux rejets de paiement.

RENSEIGNEMENTS :

Monsieur ALLOY  facturation-cantine@cinqmarslapile.fr

 02.47.96.20.43  www.cinq-mars-la-pile.fr ⇨ Vie pratique / Vie scolaire / Restauration scolaire

MODALITÉS D'INSCRIPTION :

L'inscription au restaurant scolaire est effectuée par l'intermédiaire de la **fiche de renseignements** – sur laquelle sont également indiquées les allergies ou restrictions alimentaires concernant éventuellement l'enfant – et de la **fiche sanitaire** dûment complétées, du **mandat SEPA** et du **RIB** en cas de prélèvement automatique, de l'**attestation d'assurance scolaire** « individuelle accidents » et « responsabilité civile » au nom de l'enfant **pour l'année 2022-2023**, du **jugement** de séparation ou divorce s'il y a lieu au vu d'informer sur les modalités d'exercice de l'autorité parentale sur l'enfant et de son mode de garde.

DOSSIER D'INSCRIPTION concernant l(es) enfant(s) :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REPRÉSENTANTS LÉGAUX :

MÈRE – parent ayant l'exercice de l'autorité parentale, cocher

Nom d'usage : Prénom :

Adresse :

☎ portable : ☎ professionnel : ☎ domicile :

Adresse courriel :

Situation familiale : célibataire vie maritale pacsée mariée séparée divorcée veuve

Profession : Employeur :

PÈRE – parent ayant l'exercice de l'autorité parentale, cocher

Nom d'usage : Prénom :

Adresse :

☎ portable : ☎ professionnel : ☎ domicile :

Adresse courriel :

Situation familiale : célibataire vie maritale pacsé marié séparé divorcé veuf

Profession : Employeur :

TIERS REPRÉSENTANT LÉGAL (tuteur, assistant familial ...) le cas échéant (**fournir le document de désignation**) :

Nom d'usage : Prénom :

Adresse :

☎ Adresse courriel :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L(ES) ENFANT(S) :

1	Nom d'usage : Prénom : Date de naissance :	Niveau à la rentrée : Mangera à la cantine : régulier <input type="checkbox"/> exceptionnel <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Cocher les jours de cantine : L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>
2	Nom d'usage : Prénom : Date de naissance :	Niveau à la rentrée : Mangera à la cantine : régulier <input type="checkbox"/> exceptionnel <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Cocher les jours de cantine : L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>
3	Nom d'usage : Prénom : Date de naissance :	Niveau à la rentrée : Mangera à la cantine : régulier <input type="checkbox"/> exceptionnel <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Cocher les jours de cantine : L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>
4	Nom d'usage : Prénom : Date de naissance :	Niveau à la rentrée : Mangera à la cantine : régulier <input type="checkbox"/> exceptionnel <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Cocher les jours de cantine : L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>

Parent payeur pour la restauration :

Choix du prélèvement automatique : oui non

Si oui, remplir obligatoirement le mandat de prélèvement SEPA joint au dossier et fournir un RIB au format BIC/IBAN.

ASSURANCE :

Nom de la compagnie d'assurance scolaire « individuelle accidents » et « responsabilité civile » :
.....

N° du contrat : **Joindre une ATTESTATION au titre de l'année scolaire 2022-2023.**

ALLERGIES / RESTRICTIONS :

L'un de vos enfants est-il concerné par un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? oui non

Si oui, fournir la copie du document établi par le médecin.

Quel(s) enfant(s) est(sont) concerné(s) par un PAI ?
.....

L'un de vos enfants est-il concerné par des allergies ou des restrictions alimentaires ? oui non

Si oui, quel(s) enfant(s) est(sont) concerné(s) et par quelle(s) allergie(s) ou restriction(s) ?
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nom, prénom et téléphone des personnes autorisées à venir chercher l'enfant ou à joindre en cas d'urgence par ordre de priorité (en dehors des responsables légaux) :

1 Tél.

2 Tél.

3 Tél.

DATE :	La mère,	Le père,	Le tiers représentant légal le cas échéant,
SIGNATURES OBLIGATOIRES :			

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Je m'engage à transmettre ces informations à l'organisme compétent pour la délivrance de la carte de liaison.

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

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

SEXE : M F

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
Diphtérie				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 DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

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

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez

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

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

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc..

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, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'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 :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Je m'engage à transmettre ces informations à l'organisme compétent pour la délivrance de la carte de liaison.

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

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

SEXE : M F

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
Diphtérie				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 DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

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

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez

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

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

.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....

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, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'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 :

