



Commune de Cinq-Mars-la-Pile

12 Place de la Mairie

37130 Cinq-Mars-la-Pile

☎ : 02.47.96.20.30

🌐 : www.cinqmarslapile.fr

INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE

Année

2026 - 2027

**Dossier COMPLET à retourner
sur notre site internet**

ou par mail à l'adresse

→ facturation-cantine@cinqmarslapile.fr

Format PDF impératif

(Sur téléphone il est possible d'utiliser une application pour scanner
correctement les documents demandés)

Date limite : 15 juillet 2026

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 2026-2027**.

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 2026-2027 :

4,02 € pour les enfants inscrits régulièrement

5,00 € pour les enfants occasionnels

SIGNALEMENT D'UNE ABSENCE :

Toute absence doit être signalée UNIQUEMENT par mail à facturation-cantine@cinqmarslapile.fr

⚠ En cas de non justification dans les 3 jours via un certificat médical ou un mail des parents, **le repas sera facturé**.

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.cinqmarslapile.fr ⇒ Ma famille / Scolarité / 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 2026-2027**, 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 la famille :

(nom porté par les enfants)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REPRÉSENTANTS LÉGAUX :

Parent 1 – 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 :

Parent 2 – 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 : Parent 1 Parent2 Tuteur

Arrangement des parents séparés pour le paiement :

Choix du prélèvement automatique : oui non

Merci de fournir obligatoirement le mandat SEPA accompagné d'un RIB par parent payeur.

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 2026-2027.**

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 : **Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur (voir sur notre site) et m'engage, sans réserve à le respecter.**

SIGNATURES OBLIGATOIRES :

Parent 1,	Parent 2,	Le tiers représentant légal le cas échéant,
-----------	-----------	--



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

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 MERCI DE 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
MEDICAMENTEUSES 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 :

TELEPHONE TELEPHONE PRO

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TELEPHONE TELEPHONE PRO

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

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 MERCI DE 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
MEDICAMENTEUSES 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 :

TELEPHONE TELEPHONE PRO

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TELEPHONE TELEPHONE PRO

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 :