



Formulaire de pré-inscription  
École maternelle et élémentaire  
Commune de CHANCEAUX SUR CHOISILLE

Services Affaires Scolaires  
scolarite@chanceauxsurchoisille.fr  
02 47 55 40 27

**Demande pour l'école :** ☐ Maternelle ☐ Elémentaire

Enfant à inscrire (un formulaire par enfant) :	
Nom : .....	Date et lieu de naissance : .....
Prénoms : .....	Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Adresse : .....	
Code postal : .....	
Ville : .....	

**Composition du foyer de l'enfant (personnes habitant avec l'enfant)**

Représentant 1	Représentant-2
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Personne morale <input type="checkbox"/> tuteur/tutrice Exercice de l'autorité parental sur l'enfant ci-dessus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Personne morale <input type="checkbox"/> tuteur/tutrice Exercice de l'autorité parental sur l'enfant ci-dessus <input type="checkbox"/>
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
☎ domicile : .....	☎ domicile : .....
☎ portable personnel : .....	☎ portable personnel : .....
Courriel : .....	Courriel : .....

**Situation familiale :**

<input type="checkbox"/> Marié(e) Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Pacsé(e)	<input type="checkbox"/> Vie maritale	<input type="checkbox"/> Marié(e)
<input type="checkbox"/> Célibataire					

**Filiation de l'enfant :**

Nom	Prénom	Adresse	Père/ Mère	Autorité parentale Oui/Non

**Veillez communiquer tout changement de coordonnées ou de situation intervenant au cours de la scolarité de votre enfant au service enfance de la Mairie (voir coordonnées au bas du formulaire).**

**Informations périscolaires (Oui/Non)**

Restaurant scolaire : ☐      Périscolaire matin : ☐  
Etude surveillée : ☐      Périscolaire soir : ☐

Inscription au service périscolaire/Mercredi/vacances : Prendre contact avec l'accueil de loisirs au 02 47 55 18 88 [alsh@chanceauxsurchoisille.fr](mailto:alsh@chanceauxsurchoisille.fr)  
Inscription/modification au restaurant scolaire et études surveillées : Mairie service affaires scolaires au 02 47 55 40 27 [scolarite@chanceauxsurchoisille.fr](mailto:scolarite@chanceauxsurchoisille.fr)

**Engagements:**

- J'atteste exercer l'autorité parentale sur l'enfant dont je demande la pré-inscription.
- Je certifie que les déclarations ci-dessus sont conformes à la réalité.

FAIT A CHANCEAUX SUR CHOISILLE LE .....

« Lu et approuvé »

à écrire de manière manuscrite

Représentant-e 1 (signature)

« Lu et approuvé »

à écrire de manière manuscrite

Représentant-e 2 (signature)

**Pièces à joindre :**

- Un justificatif de l'autorité parentale : copie du livret de famille (page des parents et de l'enfant concerné) et une copie intégrale de l'acte de naissance (moins de 3 mois) de l'enfant ou copie du jugement de tutelle. Et (le cas échéant) la copie de la décision de justice relative à l'autorité parentale ou ordonnance de séparation mentionnant les conditions d'exercice de l'autorité parentale.
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (quittance de loyer, bail, avis d'imposition, facture de fournisseur d'énergie, téléphone, compromis de vente). Si vous ou seulement votre enfant résidez chez un tiers, l'attestation sur l'honneur signée de l'hébergeant, la copie de sa carte d'identité et la copie justificatif de domicile de moins de 3 mois.
- Copie de la Pièce d'identité du parent qui dépose le dossier.

**Cadre réservé à l'administration**

Pré - inscription enregistrée le : .....

Cachet et signature :

**L'Inscription définitive auprès de la Directrice de l'école sur rdv :**

La direction de l'école maternelle : 02-47-55-20-20

La direction de l'école élémentaire : 02-47-65-69-06



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS (1 fiche par enfant)

Identité de l'enfant
Nom :
Prénom :
Sexe : <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille
Né le :    ..../ ..../.....      À : .....
Poids :..... Kg
Taille : .....m.....cm
Groupe sanguin :
Nom du Médecin Traitant :
Téléphone du Médecin : ..../...../...../...../.....

RESPONSABLE LEGAUX	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance :	Date de naissance :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :
ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE	
Assureur :	
Numéro :	

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

<b>Nom :</b>		<b>Nom :</b>	
<b>Prénom :</b>		<b>Prénom :</b>	
<b>Type :</b> Père / Mère / Autre (Précisez)		<b>Type :</b> Père / Mère / Autre (Précisez)	
<b>Tél. :</b>		<b>Tél. :</b>	
<b>Portable :</b>		<b>Portable :</b>	
<b>Appel en cas d'urgence :</b>	OUI / NON	<b>Appel en cas d'urgence :</b>	OUI / NON
<b>Autorisé à récupérer l'enfant :</b>	OUI / NON	<b>Autorisé à récupérer l'enfant :</b>	OUI / NON

**Tableau ci-dessous à compléter IMPÉRATIVEMENT !**



Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.  
LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE REPRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

Vaccin	Fait le	Date rappel
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite(DTCP)		
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite,Haemophilus (DTCPh)		
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite,Haemophilus, Hépatite B		
Diphtérie, Tétanos,Poliomyélite (DTP)		
Grippe		
Haemophilus influenzae b		
Hépatite A		
Hépatite B		
Méningocoque B		
Méningocoque C		
Papillomavirus humains		
Pneumocoque		
Rougeole, Oreillons,Rubéole (ROR)		
Tuberculose (BCG)		
Varicelle		
Autre		

Merci de bien vouloir joindre une copie des pages de vaccinations avec les pièces justificatives demandées.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Réponse
<b>Partir seul</b> : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
<b>Prise de photo</b> : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
<b>Sport</b> : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
<b>Hospitalisation</b> : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale... ) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Appareillage	Réponse
<b>Lunettes</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
<b>Appareil dentaire</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
<b>Appareil auditif</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Handicap	Réponse
<b>Handicapé</b> : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON

Données complémentaires	
Poids de l'enfant :	
Taille de l'enfant :	
Accepte que l'enfant soit filmé :	Oui / Non
L'enfant sait-il nager :	Oui / Non
Maquillage :	Oui / Non
Groupe Sanguin de l'enfant :	
L'enfant a-t-il un PAI ?	Oui / Non
Régime alimentaire particulier	Oui / Non

Informations médicales		
Médecin	Téléphone	Spécialité

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT				
L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?				
<b>Rubéole</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>Varicelle</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>Angine</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>Rhumatisme Articulaire aigu</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>Scarlatine</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Coqueluche</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>Otite</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>Rougeole</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>Oreillons</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>Autres .....</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Allergies :		
Médicamenteuses Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> : .....	Alimentaires Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> : .....	<input type="checkbox"/> Si autres préciser : .....
Asthme :		
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Cause : .....
Difficultés de santé		
Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les <b>Précautions à prendre :</b>	.....	
Recommandations particulières des parents		
.....		

ATTESTATION
Nous soussignés *
Responsables légaux de l'enfant *

- Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- Certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- Autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- Attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

\* A remplir obligatoirement

Fait à : .....

Le : .....

Responsable 1 (\*)  
Signature :

Responsable 2  
Signature :



Mois de : .....	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Semaine du                      au				
Semaine du                      au				
Semaine du                      au				
Semaine du                      au				

**INSCRIPTIONS :**

La fiche d'inscription ci - jointe sera retournée à l'accueil de la Mairie **au plus tôt**, dûment complétée et signée (à l'intention de Madame BIENFAIT).

Bien vouloir préciser sur la fiche d'inscription si l'enfant mange :

- ❖ Chaque jour de l'année scolaire,
- ❖ Selon un calendrier identique toute l'année,
- ❖ Occasionnellement, selon un calendrier mensuel adressé aux familles au début de chaque mois.  
Le calendrier devra être retourné à la Mairie **au plus tard le 15 du même mois**, faute de quoi l'enfant ne pourra être accepté pour le mois concerné.

En cas de force majeure, un changement de régime pourra être étudié.

**Régime spécial pour les enfants présentant une allergie alimentaire :**

Par délibération en date du 9 février 2012, le Conseil Municipal rappelait que l'admission au restaurant scolaire des enfants atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période d'allergie ou d'intolérances alimentaires, s'effectue selon les règles des circulaires interministérielles 99-181 du 10 novembre 1999 et n° 2003-135 du 8 septembre 2003.

Ces textes prévoient qu'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) est mis au point, à la demande de la famille, ou en accord et avec la participation de celle-ci, par le directeur d'école. Il a pour but de faciliter l'accueil de cet enfant. Le rôle de chacun et la complémentarité des interventions sont précisés dans un protocole écrit établi par l'Education Nationale et dont le maire est signataire.

Ce document organise, compte tenu des besoins thérapeutiques de l'enfant, les modalités particulières de la vie quotidienne dans la collectivité et fixe les conditions d'intervention des partenaires. Sont notamment précisées les conditions des prises des repas, les interventions médicales, paramédicales ou de soutien, leur fréquence, leur durée, leur contenu, les méthodes et les aménagements souhaités. (...).

Considérant la gravité de certains cas, et la faiblesse des moyens d'encadrement dont elle dispose, la commune organisatrice de service de restauration scolaire a décidé que :

- Quelles que soient les préconisations du médecin scolaire, les familles des enfants « couverts » par un PAI devront fournir un panier repas et un tarif particulier sera prévu à cet effet. Le repas sera stocké dans un réfrigérateur spécifique et chauffé au four micro-ondes.

Considérant qu'en l'absence de PAI, le maire ne peut valablement pas connaître la nature ni la gravité des troubles de la santé des enfants accueillis, ni leur évolution, ni les conditions de prises des repas préconisés par le médecin scolaire, ni les besoins thérapeutiques nécessaires à garantir leur sécurité sanitaire,

Considérant que les enfants atteints de troubles allergiques ou d'intolérances alimentaires sont exposés à des risques qui peuvent être extrêmement graves pour leur santé, le conseil municipal décidait d'autoriser le maire, lorsque les parents ne répondent pas à la sollicitation de mettre en place un PAI au terme de plusieurs relances infructueuses, à prononcer une exclusion temporaire de la cantine, jusqu'à la régularisation du PAI (c'est-à-dire sa signature par tous les partenaires).

**Administration de médicaments :** le personnel chargé de la surveillance du restaurant scolaire ne devra administrer aucun médicament aux enfants à l'exception des traitements de longues durées prévus par un **PAI entériné préalablement**.



A défaut de PAI, aucun médicament ne sera administré par le personnel communal, y compris en cas d'ordonnance.

En cas de PAI entériné préalablement (c'est-à-dire signé du maire), le personnel de surveillance de la cantine n'étant pas un personnel médical, les traitements concernés ne peuvent être que des prises simples de médicaments délivrés par un médecin sur ordonnance (à l'exclusion des injections notamment).

Pour les enfants qui ne mangent pas certains aliments pour des raisons confessionnelles, il n'y aura pas d'adaptation des repas, mais la famille pourra, si elle le souhaite, fournir un plat adapté qui sera stocké dans un réfrigérateur spécifique et chauffé au four micro-ondes. Il n'y a pas de tarif spécifique dans ce cas.

### **TARIFS (modification CM du 03/06/25)**

Les tarifs de participation aux frais de restauration scolaire sont :

- **4,15 €** repas élève école élémentaire,
- **3,90 €** repas élève école maternelle,
- **4,65 €** repas enfant occasionnel,
- **1,00 €** panier repas allergie,
- **5,65 €** repas adulte,
- **6,50 €** repas adulte occasionnel,
- **5,65 €** repas des participants à un stage sportif

Un droit d'inscription unique de 5.00€ **par** famille est facturé en début d'année scolaire et pour toute nouvelle inscription en cours d'année pour les habitants de la commune et 10.00€ pour les habitants hors commune.

### **FACTURATION**

La facturation du mois échu est adressée aux familles **au début du mois suivant**.

### **PAIEMENT**

Le règlement doit être effectué par retour de courrier :

- à l'accueil de la Mairie (à l'intention de Madame BIENFAIT) **au plus tard à la date indiquée sur la facture en haut à gauche.**

A défaut de paiement dans les délais, le recouvrement des sommes impayées sera confié au Trésor Public de Joué les Tours.

Le règlement s'effectuera :

Le règlement s'effectuera :

- ❖ Par chèque bancaire ou postal à l'ordre de régie unique chanceaux,
- ❖ En espèces, en Mairie de Chanceaux sur Choisille.
- ❖ Par prélèvement bancaire.
- ❖ Les CESU préfinancés, pour la garderie périscolaire, de l'extrascolaire ainsi que le centre de loisirs sans hébergement accueillant des **enfants de moins de 6 ans**.

Les paiements en numéraire devant être exacts au centime près.

### **ABSENCES**

**Toute absence sera prise en compte d'après le registre de présence de la classe de l'enfant.**

Exemple : un enfant inscrit à la cantine et absent le matin à l'école verra son repas décompté (prévenir Madame BIENFAIT 48 h à l'avance).

Tout enfant présent à l'école, inscrit au restaurant scolaire (selon le planning mensuel fourni par la famille) mais ne déjeunant pas à la cantine verra son repas facturé (prévenir Madame BIENFAIT 48 h à l'avance).

**Aucun appel téléphonique ne sera enregistré au restaurant scolaire.**

Lors de sorties scolaires ou en cas d'absence du professeur, les repas seront décomptés automatiquement.

Pour toute information relative au fonctionnement du restaurant scolaire :  
Mairie : 02-47-55-40-27

### **DISCIPLINE**

La restauration scolaire est un service offert aux familles. Pour le bien - être et le confort de tous, **les enfants sont tenus de respecter les règles élémentaires de savoir - vivre** et en particulier :

- ❖ Se tenir correctement à table et éviter le gaspillage de nourriture,
- ❖ Respecter le personnel de service,
- ❖ Se conformer aux instructions données par les surveillants de cantine,
- ❖ Ne pas dégrader le matériel ou les locaux.

En cas de manquement caractérisé de l'enfant aux règles précitées et suivant la gravité des actes, la Commission « Cantine », présidée par le Maire, peut :

1. Formuler un avertissement écrit adressé aux parents,
2. Prononcer une éviction d'une semaine,
3. Prononcer une éviction définitive.

### **INFORMATIONS PRATIQUES**

Les menus sont affichés sur les panneaux extérieurs des écoles maternelle et élémentaire, dans chaque classe, ainsi qu'à la Mairie.