



DOSSIER INSCRIPTION UNIQUE 2025-2026

Accueils périscolaires matin / soir

Restauration scolaire / Études surveillées

Accueils de Loisirs mercredis / vacances scolaires



À RETOURNER AVANT LE 13 JUIN 2025

AU PÔLE ADMINISTRATIF - GUICHET UNIQUE
Place des Halles - 28000 CHARTRES
Tél : 02 37 23 40 00
Email : inscription.periscolaire@agglo-ville.chartres.fr

Un dossier par
foyer

Pour toutes activités régulières ou occasionnelles, ce présent dossier est à remplir obligatoirement pour l'année scolaire et devra être renouvelé chaque année.

PIÈCES À FOURNIR, aucune photocopie ne sera faite sur place

→ Obligatoirement

Pour toutes les familles et quelle que soit l'inscription :

- Justificatif de domicile au nom des parents **datant de moins de 3 mois** (hors facture téléphonie mobile)
- Livret de famille uniquement pour la 1ère inscription ou si évolution de la situation familiale
- 1 RIB par organisme (pour les prélèvements automatiques)

Complément pour les Accueils de Loisirs, matin, soir, mercredis et les vacances scolaires :

- Fiche santé à remplir et joindre obligatoirement les pages du carnet de vaccinations
- Certificat médical si contre-indication à certaines activités
- Brevet de natation (uniquement pour les vacances scolaires et les mercredis)

→ Pour bénéficier du tarif dégressif (restauration scolaire, études surveillées, accueils de loisirs mercredis et vacances scolaires)

Uniquement pour les familles résidant à Chartres ou qui ont un enfant scolarisé en ULIS ou en CHAM

- Dernier avis d'imposition ou de non-imposition connu
- Attestation de paiement CAF et/ou MSA (12 derniers mois perçus)

Cadre réservé à l'administration	
Visa PEP28	
Dossier complet	
Ou manque :	
Justificatif de domicile	
Livret de famille	
Impôts sur revenus	
CAF	
RIB	
Mandat de prélèvement	
Fiche santé (PEP28)	
Contacté le :	

COMPOSITION DU FOYER ACTUEL DE(S) L'ENFANT(S)

Titulaire de l'autorité parentale ①	Lien avec l'enfant : ☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur, Tutrice ☐ Autre (précisez : _____)		
Nom	Nom de naissance		
Prénom	Date et Lieu de naissance / / à :		
Situation familiale Vis-à-vis de l'enfant	☐ Marié(e)/Pacsé(e)/Concubin(e) ☐ Séparé(e)/Divorcé(e) ☐ Isolé(e)/Veuf(ve) ☐ Tuteur/Tutrice		
Adresse	N° : Rue : Apt : Code postal : Commune :		
Tél. Domicile	Tél : Portable		
Prestations familiales	☐ CAF ☐ MSA N° allocataire : <i>Uniquement pour les inscriptions en accueils de loisirs</i>		
Assurance scolaire et/ou extrascolaire de l'enfant	N° du contrat		
Courriel	@ ☐ Je souhaite recevoir mes factures par mail		

Titulaire de l'autorité parentale ② et/ou Conjoint vivant au foyer	A NE PAS COMPLETER POUR UN FOYER MONOPARENTAL		
Lien avec l'enfant : ☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur, Tutrice ☐ Autre (précisez : _____)			
Nom	Nom de naissance		
Prénom	Date et Lieu de naissance / / à :		
Tél. Domicile	Tél. Portable		

Nombre de personnes vivant au foyer de l'enfant	Adulte(s) :	Enfant(s) :
---	-------------	-------------

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Code du bénéficiaire :	Quotient :	Restauration Scolaire : ☐ Etudes Surveillées : ☐	P.E.P : ☐
------------------------------	------------------	---	----------------------------------

ENFANT 1	Nom :	Ecole :	Date de naissance :
	Prénom :	Classe :	Sexe : ☐ M ☐ F

PRESTATIONS VILLE		PRESTATIONS déléguées à l'Association des P.E.P. 28			
Restauration scolaire	Activité récréative de 16h30 à 17h Gratuité uniquement pour les élémentaires	Accueil matin 7h30 à 8h20 priorité aux maternels	Accueil soir 16h30 à 18h uniquement pour les maternels	Accueil de loisirs mercredi	
☐ Occasionnel ☐ A l'année à partir du : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi Menus : Double choix offert aux enfants tous les jours à consulter sur www.chartres.fr rubrique restauration scolaire	☐ A l'année, à partir du : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi	☐ Occasionnel <i>(Achat de la carte 10 présences auprès du responsable périscolaire lors de la première présence)</i>	☐ Occasionnel <i>(Achat de la carte 10 présences auprès du responsable périscolaire lors de la première présence)</i>	Maternels	Élémentaires
				☐ Annie Fournier ☐ Henri IV ☐ Jules Ferry ☐ Les Cytises ☐ Pauline Kergomard	☐ Grand Jardin ☐ Jules Ferry ☐ Rechèvres ☐ Jacques Prévert
		Etudes surveillées 17h à 18h uniquement pour les élémentaires		Mensuel à l'année :	Mensuel à l'année :
		☐ En forfait mensuel à l'année (uniquement) à partir du : ▲ Pas d'occasionnel	☐ En forfait mensuel à l'année à partir du :	☐ Forfait JOURNÉE ☐ Forfait MATIN (P. Kergomard uniquement) ☐ Forfait APRES-MIDI (P. Kergomard uniquement) OU ☐ Occasionnel	☐ Forfait JOURNÉE ☐ Forfait MATIN ☐ Forfait APRES-MIDI OU ☐ Occasionnel
		Garderie du soir 18h à 18h30 élémentaires (Prestation PEP28)	Garderie du soir 18h à 18h30 maternels (Prestation PEP28)	Garderie du soir 18h à 18h30	
	☐ En forfait mensuel à l'année (uniquement)	☐ En forfait mensuel à l'année (uniquement)	☐ En forfait mensuel à l'année (uniquement)		
Fiche d'inscription complémentaire à remplir pour les MERCREDIS OCCASIONNELS et VACANCES SCOLAIRES (jointes au dossier)					

Toute activité cochée entraîne une facturation. Toute modification /annulation doit être faite par demande écrite

AUTORISATION DE PARTIR SEUL À LA FIN DE L'ACTIVITÉ ET A L'ARRET DE BUS

☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
---	---

Je soussigné(e) _____ autorise mon enfant à partir seul après les activités ci-dessus et assume l'entière responsabilité de cette demande et décharge la Mairie et les PEP 28 de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant.

Fait à : _____ **le :** _____ **Signature(s) :** _____

PERSONNES HABILITÉES À VENIR CHERCHER LES ENFANTS ET À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE ET CE QUELLES QUE SOIENT LES ACTIVITÉS			
Nom parent 1 :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :
Nom parent 2 :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :
Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :
Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
• L'enfant a-t-il une allergie ? • Est-ce une allergie ? • Avez-vous déjà mis en place un P.A.I ?	☐ Oui ☐ Non ☐ Alimentaire ☐ Médicamenteuse ☐ Autres ☐ Oui ☐ Non Date de validité : ____ / ____ / ____
En cas d'allergie ou prise de médicaments, il convient de mettre en place un PAI en contactant le directeur de l'école et/ou le directeur d'accueil de loisirs (cf. dernière page du dossier)	
L'enfant présente-t-il un handicap ?	☐ Oui ☐ Non (Veuillez contacter le directeur de l'école et/ou le directeur d'accueil de loisirs pour étudier les dispositions à prendre)
L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc...	☐ Oui ☐ Non (Veuillez contacter le directeur de l'école et/ou le directeur d'accueil de loisirs pour étudier les dispositions à prendre)

Je soussigné(e) _____, titulaire de l'autorité parentale de l'enfant, autorise en cas d'urgence le personnel de l'accueil périscolaire et de loisirs à contacter les services compétents pour toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Fait à : _____ **le :** _____ **Signature(s) :** _____

ENFANT 2	Nom :	Ecole :	Date de naissance :
	Prénom :	Classe :	Sexe : ☐ M ☐ F

PRESTATIONS VILLE		PRESTATIONS déléguées à l'Association des P.E.P. 28				
Restauration scolaire	Activité récréative de 16h30 à 17h Gratuité uniquement pour les élémentaires	Accueil matin 7h30 à 8h20 priorité aux maternels	Accueil soir 16h30 à 18h uniquement pour les maternels	Accueil de loisirs mercredi		
				Maternels	Élémentaires	
☐ Occasionnel ☐ A l'année à partir du : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi Menus : Double choix offert aux enfants tous les jours à consulter sur www.chartres.fr rubrique restauration scolaire	☐ A l'année, à partir du : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi	☐ Occasionnel <i>(Achat de la carte 10 présences auprès du responsable périscolaire lors de la première présence)</i>	☐ Occasionnel <i>(Achat de la carte 10 présences auprès du responsable périscolaire lors de la première présence)</i>	☐ Annie Fournier ☐ Henri IV ☐ Jules Ferry ☐ Les Cytises ☐ Pauline Kergomard	☐ Grand Jardin ☐ Jules Ferry ☐ Rechèvres ☐ Jacques Prévert	
	Etudes surveillées 17h à 18h uniquement pour les élémentaires			Mensuel à l'année : ☐ Forfait JOURNÉE ☐ Forfait MATIN (P. Kergomard uniquement) ☐ Forfait APRES-MIDI (P. Kergomard uniquement) OU ☐ Occasionnel		
	☐ En forfait mensuel à l'année (uniquement) à partir du : ▲ Pas d'occasionnel		☐ En forfait mensuel à l'année à partir du :	☐ En forfait mensuel à l'année à partir du :	Mensuel à l'année : ☐ Forfait JOURNÉE ☐ Forfait MATIN ☐ Forfait APRES-MIDI OU ☐ Occasionnel	
	Garderie du soir 18h à 18h30 élémentaires (Prestation PEP28)		Garderie du soir 18h à 18h30 maternels (Prestation PEP28)		Garderie du soir 18h à 18h30	
	☐ En forfait mensuel à l'année (uniquement)		☐ En forfait mensuel à l'année (uniquement)		☐ En forfait mensuel à l'année (uniquement)	
Fiche d'inscription complémentaire à remplir pour les MERCREDIS OCCASIONNELS et VACANCES SCOLAIRES (jointes au dossier)						

Toute activité cochée entraîne une facturation. Toute modification /annulation doit être faite par demande écrite

AUTORISATION DE PARTIR SEUL À LA FIN DE L'ACTIVITÉ ET A L'ARRET DE BUS

☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
---	---

Je soussigné(e) _____ autorise mon enfant à partir seul après les activités ci-dessus et assume l'entière responsabilité de cette demande et décharge la Mairie et les PEP 28 de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant.

Fait à : _____ le : _____ Signature(s) : _____

PERSONNES HABILITÉES À VENIR CHERCHER LES ENFANTS ET À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE ET CE QUELLES QUE SOIENT LES ACTIVITÉS			
Nom parent 1 :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :
Nom parent 2 :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :
Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :
Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
• L'enfant a-t-il une allergie ? • Est-ce une allergie ? • Avez-vous déjà mis en place un P.A.I ?	☐ Oui ☐ Non ☐ Alimentaire ☐ Médicamenteuse ☐ Autres ☐ Oui ☐ Non Date de validité : ____ / ____ / ____
En cas d'allergie ou prise de médicaments, il convient de mettre en place un PAI en contactant le directeur de l'école et/ou le directeur d'accueil de loisirs (cf. dernière page du dossier)	
L'enfant présente-t-il un handicap ?	☐ Oui ☐ Non (Veuillez contacter le directeur de l'école et/ou le directeur d'accueil de loisirs pour étudier les dispositions à prendre)
L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc...	☐ Oui ☐ Non (Veuillez contacter le directeur de l'école et/ou le directeur d'accueil de loisirs pour étudier les dispositions à prendre)

Je soussigné(e) _____, titulaire de l'autorité parentale de l'enfant, autorise en cas d'urgence le personnel de l'accueil périscolaire et de loisirs à contacter les services compétents pour toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Fait à : _____ le : _____ Signature(s) : _____

POUR TOUTES INSCRIPTIONS OCCASIONNELLES ET VACANCES SCOLAIRES

- **Restauration Scolaire, études surveillées**, contacter le service Vie Scolaire 72 heures à l'avance pour prévenir de la présence de votre enfant au 02 37 88 45 39 ou par mail restauration.scolaire@agglo-ville.chartres.fr
- **Accueils de loisirs mercredis et vacances scolaires**, une fiche de réservation supplémentaire est à retirer auprès du Pôle Administratif - Guichet Unique - place des Halles ou aux P.E.P 28, 3 rue Charles Brune à Lucé ou sur le site internet www.lespep28.org, 1 mois avant chaque période (fiche de la première période septembre/octobre jointe au dossier)
- **Accueil matin et soir**, contacter le référent de la structure en priorité aux heures habituelles de fonctionnement ou les P.E.P 28 au 02 37 88 14 14 ou par mail standard@pep28.asso.fr

P.A.I / ALLERGIE OU MALADIE CHRONIQUE OU HANDICAP OU PRISE DE MEDICAMENTS

Toute allergie dont alimentaire ou toute maladie chronique justifiée par une prescription médicale, doit être signalée au Directeur de l'école et au Directeur de l'Accueil de Loisirs en début d'année scolaire et faire l'objet d'un P.A.I (Projet d'accueil individualisé). Si votre enfant bénéficiait d'un P.A.I l'année dernière, celui-ci devra être renouvelé et transmis au Directeur de l'école et au Directeur de l'Accueil de Loisirs. Le repas de substitution préparé par le prestataire de la Ville et du délégataire (la Restauration Collective de Chartres Métropole) sera facturé au tarif en vigueur. Si le repas est fourni par les parents, une réduction de 50% sera appliquée au tarif en vigueur.

MODE DE PAIEMENT RETENU PAR LA FAMILLE (cochez la case)

Restauration scolaire	Accueil de Loisirs – Périscolaire
☐ En espèces ☐ Par prélèvement automatique (remplir l'annexe 3, accompagnée d'un RIB) ☐ Par Carte Bancaire ☐ Par internet via le portail famille ☐ Par chèque à l'ordre du Trésor Public	☐ Par prélèvement automatique pour le forfait du mercredi et de l'accueil du matin et du soir (remplir l'annexe 4, accompagnée d'un RIB) ☐ En espèces ☐ Par chèque à l'ordre des P.E.P 28 ☐ Par chèques vacances ou CESU ☐ Par Carte Bancaire au siège des PEP ☐ Par internet via le portail famille

RÈGLES DE VIE

Les enfants devront respecter les règles normales « dites de bonne conduite » conformément aux règlements intérieurs des activités consultables sur les sites internet de la ville de Chartres, www.chartres.fr et des P.E.P 28, www.pep28.org ainsi que dans les structures d'accueil et au Pôle Administratif - Guichet Unique – place des Halles à Chartres.

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

www.chartres.fr puis Vivre à Chartres

Je soussigné(e), _____ titulaire de l'autorité parentale de(s) enfant(s) ci-dessus désigné(s) :

- Atteste sur l'honneur l'exactitude des informations renseignées sur le document
- Atteste avoir pris connaissance du ou des règlement (s) intérieur (s)
- M'engage à signaler tout changement de situation
- Atteste avoir pris connaissance de l'ensemble des données du présent dossier et de l'annexe 1
- M'engage à régler les prestations payantes auxquelles j'inscris mon / mes enfant(s)
- Autorise les encadrants des différentes activités à prendre le cas échéant, toutes les mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de mon ou mes enfants

À _____, le ____/____/____

Signature du (des) titulaire (s) de l'autorité parentale

Annexe 4 Dossier Unique d'inscription

Accueils de loisirs du délégataire

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) le délégataire à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du délégataire.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR90ZZZ321303

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, prénom :	ADPEP28
Adresse :	
Code postal :	
Ville :	

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER													
<u>IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)</u>							<u>IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)</u>						

Type de paiement : ☒ Paiement récurrent/répétitif
☐ Paiement ponctuel

Signé à :

Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature :

--

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :
Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par le délégataire. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec le délégataire.

FICHE DE SANTÉ

DOCUMENT CONFIDENTIEL

(Une fiche par enfant)

NOM DU MINEUR :

PRÉNOM :

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. VACCINATIONS

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES PAGES NOMINATIVES DU CARNET DE VACCINATIONS DE L'ENFANT CONCERNÉ

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

- Suit-il un traitement médical ? 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.

- Votre enfant est-il en situation de handicap ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, veuillez nous transmettre une attestation AEEH.

- ALLERGIES : ALIMENTAIRES..... ☐ Oui ☐ Non
MÉDICAMENTEUSES..... ☐ Oui ☐ Non
AUTRES (animaux, plantes, pollen, etc, ...)..... ☐ Oui ☐ Non

Préciser :

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 ? Oui ☐ Non ☐

Si oui préciser :

.....
.....

- Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?

Oui ☐

Non ☐

Si oui, joindre le document.

Date de validité :

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....
.....

4. RESPONSABLE(S) DU MINEUR

• Responsable N°1 :

NOM : Prénom :

TEL. n°1 : TEL. n°2 :

• Responsable N°2 :

NOM : Prénom :

TEL. n°1 : TEL. n°2 :

5. PERSONNE(S) HABILITÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT ET/OU À PREVENIR EN CAS D'URGENCES (Autres que parents)

NOM : Prénom :

TEL. n°1 : TEL. n°2 :

NOM : Prénom :

TEL. n°1 : TEL. n°2 :

NOM : Prénom :

TEL. n°1 : TEL. n°2 :

☐ 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 (interventions médicales et/ou chirurgicales).

☐ Je n'autorise pas le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur (interventions médicales et/ou chirurgicales).

Je soussigné(e),
responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et
m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Date :

Signature :