

**Ce dossier est à remettre en Mairie accompagné des pièces justificatives
lors des permanences des 7 et 15 Juin 2019**

 Cantine scolaire

 Garderie périscolaire

 Transport scolaire

Merci de cocher la(les) case(s) concernée(s)

ENFANT

Nom :	Prénom(s) :
Né(e) le :	à :
Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Classe :
Adresse	
N° Affiliation Sécurité Sociale :	Organisme :

RESPONSABLE LEGAL

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Qualité : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	Qualité : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère
Adresse :	Adresse :
Commune :	Commune :
Tél. domicile :	Tél. domicile :
Tél. portable :	Tél. portable :
Courriel :	Courriel :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Tél. professionnel :	Tél. professionnel :

 Marié

 Pacsé

 Concubin

 Célibataire

 Veuf

 Divorcé

PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom et Prénom :	Téléphone :
Nom et Prénom :	Téléphone :
Nom et Prénom :	Téléphone :
Nom et Prénom :	Téléphone :

FRERES ET SŒURS DE L'ENFANT

Nom et Prénom :	Date de naissance
Nom et Prénom :	Date de naissance
Nom et Prénom :	Date de naissance
Nom et Prénom :	Date de naissance

CANTINE SCOLAIRE	
L'enfant fréquentera la cantine le jour de la rentrée scolaire :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'enfant fréquentera la cantine le :	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Occasionnellement
Allergies alimentaires :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Préciser :
Régime alimentaire particulier :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Préciser

GARDERIE PERISCOLAIRE				
Fréquentation régulière : (Tarif forfaitaire – Voir règlement)				
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	
<input type="checkbox"/> Journée	<input type="checkbox"/> Journée	<input type="checkbox"/> Journée	<input type="checkbox"/> Journée	
<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Matin	
<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Soir	
Fréquentation occasionnelle : (Tarif horaire – Voir règlement)				
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

TRANSPORT SCOLAIRE				
Fréquentation régulière :				
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	
<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Matin	
<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Soir	
Fréquentation occasionnelle : (A signaler par écrit dans le cahier de liaison)				
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
<p><i>Pour les nouveaux inscrits :</i> Merci d'adresser le formulaire de demande de transport scolaire à l'Agglo du Pays de Dreux. https://www.dreux-agglomeration.fr/Transports/Transports-scolaires#Inscriptions Pour le ramassage du soir, toute modification doit être signalée par écrit sur le cahier de liaison. La carte de transport scolaire est adressée par l'Agglo du Pays de Dreux.</p>				

ASSURANCE SCOLAIRE	
Nom :	N° contrat :
Adresse :	

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné

responsable légal de l'enfant

- autorise la commune de Marville-Moutiers-Brûlé à filmer ou photographier mon enfant.
 n'autorise pas commune de Marville-Moutiers-Brûlé à filmer ou photographier mon enfant.

N.B. : Les images pourront être utilisées sur le site internet de la commune et les bulletins municipaux.

- autorise l'ASC Mézières à filmer ou photographier mon enfant dans le cadre des activités périscolaires.
 n'autorise pas Mézières à filmer ou photographier mon enfant dans le cadre des activités périscolaires.

N.B. : Les images pourront être utilisées sur le site de l'ASC Mézières, expositions dans les écoles, kermesse...

Date :

Signature :

APPROBATION DES REGLEMENTS INTERIEURS

Je soussigné

responsable légal de l'enfant

m'engage à respecter et appliquer les règlements intérieurs suivants :

- Cantine scolaire
 Garderie périscolaire

Date :

Signature :

DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER

- Copie d'un justificatif de domicile des parents datant de moins de 3 mois (Facture de téléphone, de gaz ou d'électricité, quittance de loyer, justificatif de taxe d'habitation ou attestation d'assurance du logement)
- Attestation d'assurance responsabilité civile (obligatoire) et individuelle accident corporel (conseillée) pour l'année 2019-2020
- Photocopie du livret de famille
- En cas de séparation des parents, toute pièce justificative de l'attribution du droit de garde
- Photocopie du carnet de vaccinations

FICHE SANITAIRE	
Nom :	Prénom(s) :
Né(e) le :	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin

VACCINATIONS					
Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diptérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		R.O.R.	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention : Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.*

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX				
L'enfant suit-il un traitement médical ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
<i>Si oui préciser :</i>				
L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?				
Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
ALLERGIES	Asthme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Médicamenteuse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Alimentaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Autre	
<i>Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :</i>				
<i>Problèmes de santé particuliers et précautions à prendre :</i>				
<i>Recommandations particulières :</i>				

MEDECIN TRAITANT	
Nom :	Téléphone :
Adresse :	