

DOSSIER D'INSCRIPTION

Année scolaire 2019-2020

**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</p> <p><i>Pour le ramassage du soir, toute modification doit être signalée par écrit sur le cahier de liaison.</i></p> <p><i>La carte de transport scolaire est adressée par l'Agglo du Pays de Dreux.</i></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 :	