

Ce dossier accompagné des pièces justificatives :

- est à remettre en Mairie lors des permanences le 26/06/2020 de 15h00 à 18h00 et le 27/06/2020 de 9h00 à 11h00 ;
- ou à transmettre avec les pièces justificatives avant le 04/07/2020 à : marville.mbrule_accueil@yahoo.fr

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 :	Adresse :

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 : <i>(Tarif forfaitaire – Voir règlement)</i>				<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 : <i>(Tarif horaire – Voir règlement)</i>				<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 : <i>(A signaler par écrit dans le cahier de liaison)</i>				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Les inscriptions au transport scolaire se font par internet auprès de l'Agglo du Pays de Dreux.

<https://agglo-en-ligne.fr/>

La carte de transport scolaire sera adressée par l'Agglo du Pays de Dreux.

Pour le ramassage du soir, tout changement doit être signalé par écrit sur le cahier de liaison.

ASSURANCE SCOLAIRE

Nom :	N° de 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 2020-2021
- 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	Date
Diphtérie	<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	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<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
	Alimentaires	<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 :	