

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## Année scolaire 2020-2021

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](mailto: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 :  Oui  Non

*Si oui préciser :*

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 :	

*Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :*

*Problèmes de santé particuliers et précautions à prendre :*

*Recommandations particulières :*

### MEDECIN TRAITANT

Nom :	Téléphone :
Adresse :	