

Le dossier complété et accompagné des pièces justificatives doit être :

- remis en Mairie lors des permanences d'inscription ;
- ou transmis avant le 19/06/2021 à : [accueil@marvillemoutiersbrule.fr](mailto:accueil@marvillemoutiersbrule.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° 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(e)

Pacsé(e)

Concubin(e)

Célibataire

Veuf(ve)

Divorcé(e)

### 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 :  Oui  Non

L'enfant fréquentera la cantine le :  Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi  Occasionnellement

Allergies alimentaires :  Non  Oui Préciser :

Régime alimentaire particulier :  Non  Oui Préciser

### GARDERIE PERISCOLAIRE

Fréquentation régulière :  Oui  Non  
(Tarif forfaitaire – Voir règlement)

| 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 :  Oui  Non  
(Tarif horaire – Voir règlement)

### TRANSPORT SCOLAIRE

Fréquentation régulière :  Oui  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 :  Oui  Non  
(A signaler par écrit dans le cahier de liaison)

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(e)

responsable légal(e) de l'enfant

- autorise la commune de Marville-Moutiers-Brûlé à filmer ou photographier mon enfant  
 n'autorise pas la 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 l'ASC 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(e)

responsable légal(e) 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, d'eau, 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 2021-2022
- 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                                 | Oui                      | Non                      | Date des derniers rappels | Vaccins   | Oui                      | Non                      | Date des derniers rappels |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Diptérie <sup>(1)</sup>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                           | Hépatite B <sup>(2)</sup>                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                           |
| Tétanos <sup>(1)</sup>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                           | Pneumocoque <sup>(2)</sup>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                           |
| Poliomyélite <sup>(1)</sup>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                           | Méningocoque C <sup>(2)</sup>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                           |
| Haemophilus influenzae b <sup>(2)</sup> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                           | ROR <sup>(2)</sup> (Rougeole, oreillons et rubéole) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                           |
| Coqueluche <sup>(2)</sup>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                           |   |                          |                          |                           |

**Enfant né avant le 01/01/2018 : Vaccins (1) obligatoires.**

**Enfant né après le 01/01/2018 : Vaccins (1) et (2) obligatoires.**

*L'enfant n'ayant pas reçu les vaccins obligatoires ne pourra pas être inscrit à l'école, **sauf pour raison médicale.***

*Joindre un certificat médical de contre-indication établi par le médecin traitant ou le spécialiste en charge du suivi de l'enfant.*

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| L'enfant suit-il un traitement médical :                          | <input type="checkbox"/> Oui                              | <input type="checkbox"/> Non                              |   |   |
| <i>Si oui préciser :</i>  |   |   |   |   |
| Projet d'accueil individualisé (PAI) :                            | <input type="checkbox"/> Oui                              | <input type="checkbox"/> Non                              |   |   |
| 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> |   |   |   |   |

### MEDECIN TRAITANT

|           |             |
|-----------|-------------|
| Nom :     | Téléphone : |
| Adresse : |             |