

Le dossier complété et accompagné des pièces justificatives doit être :

- remis en Mairie ;
- ou transmis avant le 01/05/2024 à : 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
(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
(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 scolaire
- 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
Diphtérie ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B ⁽²⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétanos ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pneumocoque ⁽²⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliomyélite ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Méningocoque C ⁽²⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haemophilus influenzae b ⁽²⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ROR ⁽²⁾ (Rougeole, oreillons et rubéole)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coqueluche ⁽²⁾	<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 :	