

Le dossier complété et accompagné des pièces justificatives doit être :

- remis en Mairie ;
- ou transmis avant le 01/05/2024 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  
(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 <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 :	