

ENFANT	
Nom :	Prénom(s) :
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Classe (à la rentrée 2025) :

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>(Voir règlement)</i> <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>(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				
<p><i>Les inscriptions au transport scolaire se font par internet auprès de l'Agglo du Pays de Dreux.</i></p> <p style="color: blue;">https://agglo-en-ligne.fr/</p> <p><i>La carte de transport scolaire sera adressée par l'Agglo du Pays de Dreux.</i></p> <p><i>Pour le ramassage du soir, tout changement doit être signalé par écrit sur le cahier de liaison.</i></p>				

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
Diptérie ⁽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 :	