

Dossier Unique d'Inscription Année scolaire 2018-2019



Dossier à remettre en Mairie accompagné des pièces justificatives pendant la permanence du 9 juin 2018.

<input type="checkbox"/> Cantine scolaire	<input type="checkbox"/> Garderie périscolaire	<input type="checkbox"/> Transport scolaire
---	--	---

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 SS	Adresse
Organisme	

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 :
Profession :	Profession :
Courriel :	Courriel :
Employeur :	Employeur :
Tél. professionnel :	Tél. professionnel :

SITUATION DE FAMILLE

<input type="checkbox"/> Marié/Pacsés	<input type="checkbox"/> Divorcé/Séparé	<input type="checkbox"/> Union-libre	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Veuf/Veuve
---------------------------------------	---	--------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------

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

Dossier Unique d'Inscription

Année scolaire 2018-2019



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

Compléter le formulaire d'inscription en ligne sur le site internet de l'Agglo du Pays de Dreux pour l'établissement de la carte de transport (pour les nouveaux inscrits).
<http://www.dreux-agglomeration.fr/Transports/Transports-scolaires>

Pour le ramassage du soir, les parents sont tenus de signaler toute modification par écrit (cahier de liaison).

Dossier Unique d'Inscription Année scolaire 2018-2019



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 temps d'activités
 n'autorise pas Mézières à filmer ou photographier mon enfant dans le cadre des temps d'activités

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 péri-scolaire

Date :

Signature :

DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER

- Photocopie d'un justificatif de domicile des parents datant de moins de 3 mois (quittance de loyer, facture d'électricité, de gaz ou de téléphone)
- Attestation d'assurance responsabilité civile (obligatoire) et individuelle accident corporel (conseillée) 2018 - 2019
- Photocopie du livret de famille
- En cas de séparation des parents, toute pièce justificative de l'attribution du droit de garde exclusif
- Photocopie du carnet de vaccinations

Dossier Unique d'Inscription Année scolaire 2018-2019



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	Dates
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 anti-tétanique 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 :

DIFFICULTES DE SANTE
Précautions à prendre :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

MEDECIN TRAITANT

Nom :	Téléphone :
Adresse :	

ASSURANCE SCOLAIRE

Nom :
Adresse :