

À retourner UNIQUEMENT à la Mairie avant le 19 Juin 2020

RENSEIGNEMENTS ENFANT-FAMILLE

Nom de l'enfant : Prénom :

Né(e) le : à (Commune et Code Postal)

Sexe : Masculin Féminin

Adresse complète :
.....

Classe scolarisation 2020-2021 à partir du 1^{er} Septembre 2020 :

Grande Section CP CE1 CE2 CM1

RESPONSABLE LEGAL 1

Père Mère

Autre (Préciser) :

Nom :

Prénom :

Adresse (Si différente de l'enfant).....
.....

 Domicile :

 Portable :

@ mail :

Nom et coordonnées de l'employeur :.....
.....

 Travail :

RESPONSABLE LEGAL 2

Père Mère

Autre (Préciser) :

Nom :

Prénom :

Adresse (Si différente de l'enfant).....
.....

 Domicile :

 Portable :

@mail :

Nom et coordonnées de l'employeur:.....
.....

 Travail :

Joindre copie du livret de famille et un justificatif de domicile récent (si non fourni lors de l'inscription)

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Mariés Divorcés Joindre le jugement pour la garde de l'enfant

Séparés Veuf – Veuve Célibataire Vie Maritale PACS

Si séparation des parents : Garde alternée Oui Non

Allocataires : CAF MSA Autres, préciser.....

 N° :

 N° Sécurité Sociale : /

INSCRIPTION CANTINE – ÉCOLE « MARGAUX »



Cocher les cases correspondantes ci-dessous :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
12h00 - 13h35 <input type="checkbox"/> occasionnel <input type="checkbox"/> régulier			X		



INSCRIPTIONS SERVICES PÉRISCOLAIRES



Ces services ne dépendent pas de la Mairie mais de la CDC Médoc Estuaire (05.57.88.08.08).

POUR INSCRIRE VOTRE ENFANT AUX SERVICES APS (garderie matin et soir) ou **ALSH** (centre de loisirs les mercredis, petites et grandes vacances scolaires), VEUILLEZ VOUS RAPPROCHER DE LA CDC Médoc Estuaire.

INFORMATIONS SANITAIRES

VACCINATIONS :

Joindre la photocopie de la page de vaccination du carnet de santé

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical de longue durée ? Oui Non

Si oui, lequel ?.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Cocher les cases correspondantes ci-dessous

	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON
RUBEOLE			RHUMATISME			OTITE		
VARICELLE			SCARLATINE			ROUGEOLE		
ANGINE			COQUELUCHE			OREILLONS		

PAI – Projet d'Accueil Individualisé :

L'enfant fait-il l'objet d'un PAI dans le cadre scolaire ? Oui Non

Si oui, lequel ?.....

ALLERGIES : ASTHME Oui Non MEDICAMENTEUSES Oui Non

ALIMENTAIRES Oui Non AUTRES.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir.....

RENSEIGNEMENTS UTILES À CONNAITRE (port de lunettes, appareil dentaire ou auditif, difficultés de santé particulières...) :







RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER (sans porc, végétarien...) :

AUTORISATIONS PARENTALES ET RÈGLEMENTS

Je soussigné (e),représentant légal
de l'enfant.....

- m'engage à assumer les fonctions de payeur des prestations utilisées (facture en fin de mois).
- autorise le responsable des structures à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence (transport en ambulance, hospitalisation, soins nécessaires)
- accepte le règlement intérieur du restaurant scolaire (règlement consultable sur demande ou sur le site de la commune)

autorise les personnes majeures suivantes à récupérer mon enfant, si les responsables de l'enfant ne sont pas disponibles :

.....		.....	lien avec la famille :.....
.....		.....	lien avec la famille :.....
.....		.....	lien avec la famille :.....
.....		.....	lien avec la famille :.....
.....		.....	lien avec la famille :.....
.....		.....	lien avec la famille :.....

autorise la Municipalité à photographier ou filmer mon enfant afin d'illustrer des supports de communication (journal, affiche, site web, vidéo...)

autorise la Commune à utiliser mon adresse électronique afin de m'adresser des informations.

certifie avoir souscrit une garantie « responsabilité civile » qui couvre les dommages causés dans le temps périscolaire de notre enfant.

communiquera à la Commune toute modification utile aux services (téléphone, adresse, vaccinations, allergies...)

Fait à, le

Signature