

ENFANT

Nom :		Prénom(s) :	
Sexe :	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin	Classe :

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

<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	Attestation d'assurance responsabilité civile (obligatoire) et individuelle accident corporel (conseillée) pour l'année scolaire
<input type="checkbox"/>	Photocopie du livret de famille
<input type="checkbox"/>	En cas de séparation des parents, toute pièce justificative de l'attribution du droit de garde
<input type="checkbox"/>	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 :	