

MAIRIE

1 rue du Vieux château
Tél : 02 33 88 78 20
Fax : 02 33 88 78 29
email : mairie.brettevilleensaire@orange.fr
site : www.bretteville50110.fr



Nom et prénom
des PARENTS :

.....

Nom des enfants	Prénom des enfants	Classe fréquentée 2018/2019
.....
.....
.....
.....

DEMANDES D'INSCRIPTIONS

- A la restauration scolaire pour l'année
2018/2019**

- A l'accueil périscolaire pour l'année
2018/2019**

A retourner en MAIRIE DE BRETTEVILLE avant le 6 juillet 2018

Préalable : vous devez obligatoirement être à jour de vos règlements des factures de l'année précédente.

MAIRIE

1 rue du Vieux château
Tél : 02 33 88 78 20
Fax : 02 33 88 78 29
email : mairie.brettevilleensaire@orange.fr
site : www.bretteville50110.fr



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES DU FOYER ANNÉE SCOLAIRE 2018/2019

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
Commune :	Commune :
Tél. fixe :	Tél. fixe :
Tél. mobile :	Tél. mobile :
.....
Adresse électronique :	Adresse électronique :
.....
Numéro d'allocataire CAF :	Numéro d'allocataire CAF :
Activité professionnelle :	Activité professionnelle :
Nom de l'employeur :	Nom de l'employeur :
Téléphone de l'employeur :	Téléphone de l'employeur :
.....
Autres (tuteur, famille d'accueil, organisme, ...)	Autres renseignements
Nom :	Situation familiale des parents
Prénom :	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé
Adresse :	<input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Veuf
.....	
Commune :	Mode de garde en cas de séparation ou divorce
Tél. fixe :	Garde exclusive : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père
Tél. mobile :	Garde alternée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
.....	
Adresse électronique :	
.....	
Numéro d'allocataire CAF :	<u>Mode de réception des factures</u>
Activité professionnelle :	<input type="checkbox"/> par courrier postal
Nom de l'employeur :	<input type="checkbox"/> par courrier électronique
Téléphone de l'employeur :	
.....	

MAIRIE

1 rue du Vieux château
Tél : 02 33 88 78 20
Fax : 02 33 88 78 29
email : mairie.brettevilleensaire@orange.fr
site : www.bretteville50110.fr



Pour la sécurité de vos enfants, renseignez le plus précisément possible les éléments relatifs à leur santé en cochant les mentions utiles.

1^{er} enfant

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Date de naissance : __ / __ / ____

Classe fréquentée :

Nom du médecin traitant :

PAI (projet d'accueil individualisé dans le cadre scolaire) : Oui Non

Traitement au long court : Oui Non

Régime alimentaire pour raisons médicales : Oui Non

Si vous avez coché une de ces cases, veuillez fournir le dossier PAI (+ traitement)

1) VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre une photocopie)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole oreillons rougeoles	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (à préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

2) RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Angine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Rhumatisme articulaire aigu
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Otite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Oreillons
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Scarlatine			

MAIRIE

1 rue du Vieux château
Tél : 02 33 88 78 20
Fax : 02 33 88 78 29
email : mairie.brettevilleensaire@orange.fr
site : www.bretteville50110.fr



Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....
.....
.....
.....
.....

3) RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ... ?

.....
.....
.....
.....
.....

Autres informations utiles :

.....
.....
.....
.....
.....

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

MAIRIE

1 rue du Vieux château
Tél : 02 33 88 78 20
Fax : 02 33 88 78 29
email : mairie.brettevilleensaire@orange.fr
site : www.bretteville50110.fr



Pour la sécurité de vos enfants, renseignez le plus précisément possible les éléments relatifs à leur santé en cochant les mentions utiles.

2ème enfant

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Date de naissance : __ / __ / ____

Classe fréquentée :

Nom du médecin traitant :

PAI (projet d'accueil individualisé dans le cadre scolaire) : Oui Non

Traitement au long court : Oui Non

Régime alimentaire pour raisons médicales : Oui Non

Si vous avez coché une de ces cases, veuillez fournir le dossier PAI (+ traitement)

1) VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre une photocopie)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole oreillons rougeoles	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (à préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

2) RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Angine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Rhumatisme articulaire aigu
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Otite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Oreillons
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Scarlatine			

MAIRIE

1 rue du Vieux château
Tél : 02 33 88 78 20
Fax : 02 33 88 78 29
email : mairie.brettevilleensaire@orange.fr
site : www.bretteville50110.fr



Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....
.....
.....
.....
.....

1) RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ... ?

.....
.....
.....
.....
.....

Autres informations utiles :

.....
.....
.....
.....
.....

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

MAIRIE

1 rue du Vieux château
Tél : 02 33 88 78 20
Fax : 02 33 88 78 29
email : mairie.brettevilleensaire@orange.fr
site : www.bretteville50110.fr



Pour la sécurité de vos enfants, renseignez le plus précisément possible les éléments relatifs à leur santé en cochant les mentions utiles.

3ème enfant

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Date de naissance : __ / __ / ____

Classe fréquentée :

Nom du médecin traitant :

PAI (projet d'accueil individualisé dans le cadre scolaire) : Oui Non

Traitement au long court : Oui Non

Régime alimentaire pour raisons médicales : Oui Non

Si vous avez coché une de ces cases, veuillez fournir le dossier PAI (+ traitement)

1) VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre une photocopie)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole oreillons rougeoles	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (à préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

2) RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

MAIRIE

1 rue du Vieux château
Tél : 02 33 88 78 20
Fax : 02 33 88 78 29
email : mairie.brettevilleensaire@orange.fr
site : www.bretteville50110.fr



Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....
.....
.....
.....
.....

1) RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ... ?

.....
.....
.....
.....
.....

Autres informations utiles :

.....
.....
.....
.....
.....

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

MAIRIE

1 rue du Vieux château
Tél : 02 33 88 78 20
Fax : 02 33 88 78 29
email : mairie.brettevilleensaire@orange.fr
site : www.bretteville50110.fr



RESTAURATION SCOLAIRE ANNÉE 2018/2019

Je souhaite que mon enfant déjeune les jours suivants :

NOM	PRENOM	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENREDI

ACCUEIL PÉRISCOLAIRE ANNÉE 2018/2019

Je souhaite que mon enfant soit accueilli les jours suivants :

NOM	PRENOM	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENREDI
		<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir			
		<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir			
		<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir			

AUTORISATIONS Personne(s) habilitée(s) à venir chercher l'enfant (les enfants) :

Nom et prénom : Qualité :

Téléphone :

Nom et prénom : Qualité :

Téléphone :

Nom et prénom : Qualité :

Téléphone :

Y a-t-il une personne de la famille à qui ne jamais remettre l'enfant (les enfants) : oui non

(Si oui, joindre une photocopie de l'acte du tribunal)

Votre enfant est-il autorisé à quitter seul la structure ? oui non

Si oui, à partir de __ h __ (une décharge sera demandée)

J'autorise la diffusion, sur le site de la commune ou toutes publications de presse, de photo ou vidéos sur lesquelles figure mon enfant (de mes enfants).

Celles-ci ne seront pas utilisées à des fins commerciales. oui non

Je soussigné(e),, responsable légal(e), certifie que les renseignements portés sur ce document sont exacts et m'engage à informer la commune de Bretteville en cas de changement.

Fait le : __ / __ / ____ A :

Signature :

MAIRIE

1 rue du Vieux château

Tél : 02 33 88 78 20

Fax : 02 33 88 78 29

email : mairie.brettevilleensaire@orange.fr

site : www.bretteville50110.fr



Pour des raisons de responsabilité, seuls les enfants inscrits pourront fréquenter le service restauration et le service accueil périscolaire.

L'inscription définitive sera notifiée par mail ou par courrier.

CADRE RÉSERVÉ À LA COLLECTIVITÉ

Dossier traité le :

Par :

Complet : Incomplet :

Pièces complémentaires demandées le :

par téléphone

par courrier

par mail

Pièces complémentaires reçues le :