



Nom de l'école : GROUPE SCOLAIRE DE MONT

Responsables légaux

Situation Matrimonial :

Mariés Pacsés Divorcés Concubins

Responsable légal 1 : PERE :

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Téléphone professionnel : Courriel :

Responsable légal 2 : MERE :

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Téléphone professionnel : Courriel :

Dossier à compléter et à retourner accompagné des pièces demandées à la
Mairie de MONT **avant**
Contacts : Jean Christophe CHAMALBIDE et Caroline GASTREIN.
Tél : 05 59 67 64 63



1er enfant

Nom : Prénom :

Né(e) le : / / à : Sexe : M F

École : Classe / niveau à la rentrée :

Renseignements complémentaires

Observations médicales : (allergies alimentaires, certificat médical en cas de maladies chroniques, ...)

.....
.....

2ème enfant

Nom : Prénom :

Né(e) le : / / à : Sexe : M F

École : Classe / niveau à la rentrée :

Renseignements complémentaires

Observations médicales : (allergies alimentaires, certificat médical en cas de maladies chroniques, ...)

.....
.....

3ème enfant

Nom : Prénom :

Né(e) le : / / à : Sexe : M F

École : Classe / niveau à la rentrée :

Renseignements complémentaires

Observations médicales : (allergies alimentaires, certificat médical en cas de maladies chroniques, ...)

.....
.....

4ème enfant

Nom : Prénom :

Né(e) le : / / à : Sexe : M F

École : Classe / niveau à la rentrée :

Renseignements complémentaires

Observations médicales : (allergies alimentaires, certificat médical en cas de maladies chroniques, ...)

.....
.....



Personnes à prévenir et/ou autorisées *(cocher la ou les cases)*

Personnes à prévenir en cas d'urgence et/ou autorisées à prendre en charge votre enfant.

Nom : Prénom :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Autorisation : Contact en cas d'urgence Prise en charge

Nom : Prénom :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Autorisation : Contact en cas d'urgence Prise en charge

Nom : Prénom :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Autorisation : Contact en cas d'urgence Prise en charge

Nom : Prénom :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Autorisation : Contact en cas d'urgence Prise en charge

Les personnes non désignées pour venir chercher les enfants se verront réclamer par l'animateur une autorisation écrite des parents et une pièce d'identité.



Droit à l'image Demande d'autorisation

Je (Nous), soussigné(e)(s)

.....
Responsable(s) légal(aux) de(s) enfant(s) suivant(s)
.....
.....

Autorisons – n’autorisons pas

(rayer la mention inutile)

La Commune de MONT à photographier et filmer notre enfant / nos enfants au cours de l’année scolaire 2018/2019 :

Autorisons – n’autorisons pas

(rayer la mention inutile)

La commune de MONT à publier et/ou exposer les photographies ou images filmées pour les usages suivants :

- bulletin d’information municipal accessible sur le site internet de la commune de MONT et en version papier.
- site internet de la commune de MONT et de la communauté des communes LACQ ORTHEZ.
- expositions ou publications sous format papier ou numérique dans le cadre d’activités pédagogiques.
- Presses écrites pour illustrer des activités du groupe scolaire.

Les images ne seront ni communiquées à d’autres personnes, ni vendues, ni utilisées pour d’autres usages que ceux susmentionnés.

La publication ou la diffusion d’images des enfants ainsi que les légendes ou commentaires les accompagnant ne porteront pas atteinte à leur dignité, à leur vie privée ou à leur réputation.

Conformément à la loi, le libre accès aux images est garanti. À tout moment, pourra être vérifié l’usage qui en est fait. Les intéressés disposent du droit de retrait des images.



Autorisation d'hospitalisation

Je (Nous), soussigné(e)(s)
responsable(s) légal(e) (aux) de(s) enfant(s) suivant(s) :
.....
.....
.....

Autorise (autorisons) la Commune de MONT représentée par le personnel communal à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médicale, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant/nos enfants.

Médecin de Famille :
Téléphone :

Centre Hospitalier :

Veillez indiquer toutes recommandations particulières concernant l'enfant : allergie, maladie, contre-indication :

1^{er} Enfant : Prénom :
.....

2^{ème} Enfant : Prénom :
.....

3^{ème} Enfant : Prénom :
.....



Inscription à la restauration scolaire

Les parents :

- Déclarent avoir connaissance du règlement de la cantine scolaire.**
<http://www.mairie-mont.fr/wp-content/uploads/2015/07/reglement-interieur-cantine.docx>
- Souhaitent bénéficier pour leurs enfants du service de cantine suivant le tableau ci-dessous.**
- Souhaitent que leur enfant bénéficie d'un repas spécifique.**

Précisez :

.....

NOM	Prénom	Tous les Jours	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI

Inscription GARDERIE

Les parents :

- Déclarent avoir connaissance du règlement de la garderie scolaire.**
<http://www.mairie-mont.fr/wp-content/uploads/2015/07/reglement-interieur-garderie.docx>
- Souhaitent bénéficier pour leurs enfants du service de garderie pour l'année 2018/2019 suivant le tableau ci-dessous.**

LUNDI		MARDI		MERCREDI		JEUDI		VENDREDI		Occasionnelle
Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Midi	Matin	Soir	Matin	Soir	

- Souhaitent, dans le cas où ils ne peuvent être présents, que leur enfant soit récupéré par l'une des personnes mentionnées en page 2.**



TEMPS ACTIVITES PERISCOLAIRES

Les parents

- Déclarent avoir connaissance du règlement du temps d'activités périscolaires disponible sur le site de la mairie de MONT**

- Souhaitent que leur enfant ne participe pas au temps d'activités périscolaires de l'après-midi et s'engage alors à venir chercher leur enfant à la sortie des classes à 14h50 le jour concerné.**

- Souhaitent que leur enfant bénéficie du temps d'activités périscolaires :**
 - A l'année**
 - Pour une ou plusieurs périodes :**
 - Période 1 : Du 03 Septembre 2018 au 21 Décembre 2018.**
 - Période 2 : Du 07 Janvier 2019 au 12 Avril 2019.**
 - Période 3 : Du 29 Avril 2019 au 05 Juillet 2019.**

- Acceptent que mon enfant prenne un bus lors du temps périscolaires.**



INSCRIPTION TRANSPORT SCOLAIRE (Seulement pour les enfants de Gouze, Arance, Lendresse)

Les parents

- Déclarent avoir connaissance du règlement du temps d'activités périscolaires disponible sur le site de la mairie de MONT
- Souhaitent bénéficier pour leurs enfants du service de transport scolaire pour l'année 2018/2019 suivant le tableau ci-dessous.

ARRETS		GOUZE RD 275	GOUZE Bourg	Lendresse	Arance
LUNDI	Matin				
	Soir				
MARDI	Matin				
	Soir				
MERCREDI	Matin				
	Midi				
JEUDI	Matin				
	Soir				
VENDREDI	Matin				
	Soir				

- Souhaitent, dans le cas où ils ne peuvent être présents à l'arrêt de bus, que leur enfant soit récupéré par l'une des personnes mentionnées en page 2. Ces personnes seront présentées par les parents aux accompagnatrices.
- Autorisent leur enfant à rentrer seul à leur domicile.



Je (Nous), soussigné(e)(s)
responsable(s) légal(e) (aux) de(s) enfant(s) suivant(s) :

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

Accepte (acceptons) les règlements des services collectés et m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis.

Nous confirmons avoir connaissance des différents règlements intérieurs présent sur le site de la commune de Mont.

Fait à, le

Nom et Signature
(précédé de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

Dossier à compléter et à retourner via le cahier de votre enfant ou à déposer à
la Mairie de MONT **avant le**
Contacts : Jean Christophe CHAMALBIDE et Caroline GASTREIN.
Tél : 05 59 67 64 63